منهاج الخدمة الاجتماعية لرعاية المعاقين

أ. د. نظيمة أحمد محمود سرحان
أستاذ بكلية الخدمة الاجتماعية
جامعة حلوان

الطبعة الأولى
١٤٢٧هـ / ٢٠٠٦م

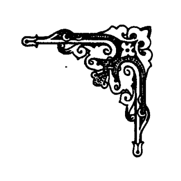
ملتزم الطبع والنشر
دار الفكر العربي
٩٤ شارع عباس العقاد- مدينة نصر- القاهرة
ت: ٢٧٥٢٩٨٤ - فاكس: ٢٧٥٢٧٣٥
٦ أ شارع جواد حسني - ت: ٣٩٣٠١٦٧
www.darelfikrelarabi.com
INFO@darelfikrelarabi.com

٢٦٢,٤ نظيمة أحمد محمود سرحان.
ن ظ م ن منهاج الخدمة الاجتماعية لرعاية المعاقين/ نظيمة أحمد محمود سرحان.- القاهرة: دار الفكر العربي، ٢٠٠٦.
٣٤٨ص؛ ٢٤سم .
ببليوجرافية: ص٣٢٧-٣٤٨.
يشتمل على ملاحق.
تدمك:٢-٢١٦٧-١٠-٩٧٧.
١- الخدمة الاجتماعية. ٢-المعوقون، رعاية وعلاج.
أ- العنوان.



تصميم وإخراج فنى
شيماء عبد المعطى

رقم الإيداع/ ١٠٤٦٨/ ٢٠٠٦



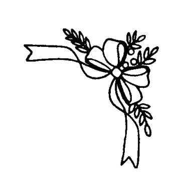
بسم الله الرحمن الرحيم

﴿.... فَأَمَّا الزَّبَدُ فَيَذْهَبُ جُفَاءً
وَأَمَّا مَا يَنفَعُ النَّاسَ فَيَمْكُثُ فِي
الأَرْضِ ....(١٧)﴾

[الرعد]







إهداء

إلى روح أمي وأبي

اللهم ارحمهما كما ربياني صغيرة

وأسكنهما فسيح جناتك وألحقنا بهم في

مستقر رحمتك

المقدمة

المجتمع العربى مجتمع متغير ومتطور مثله مثل غيره من المجتمعات، إلا أن هذا التغير قد يتميز فى معدله وفى طابعه وفى القوى الدافعة والمعوقة له بخصائص تتطلب منا أن نلاحقه دوماً بقصد التشخيص والعلاج، وبقصد أن نضيف إلى المعرفة الإنسانية ما يواكب التطور والتقدم.

وتهتم حكومتنا المصرية المباركة برعاية أبنائنا المعاقين، ذوى الاحتياجات الخاصة، وقد أثبت أبطالنا الرياضيون من المعاقين جسمياً أنهم قادرون على تحدى الإعاقة، وبأنهم قدوة يحتذى بها ليس لأقرانهم من المعاقين فقط بل للعاديين أيضاً، وأنهم جديرون بالرعاية وأن كل رعاية وجهد يقدم لهم لا يعود بالقطع عليهم وعلى أسرهم فقط بل يعود أيضا على المجتمع الذى يقوم برعايتهم، واستحقوا بجدارة لقب «متحدى الإعاقة».

ومن هذا المنطلق حظيت دراسة المعاقين باهتمام الباحثين فى الخدمة الاجتماعية إيماناً منها بالكفاية الإنسانية وبقدرة الإنسان المعاق على إعادة التكيف والنجاح والتفاعل والإنتاج، وقد ساعد على ذلك ما يتسم به العصر الحديث من الاعتماد على تخصص الأداء مما يساعد على فتح مجالات أوسع للمعاقين.

ويهتم هذا الكتاب فى طبعته الأولى بفئات ثلاث فقط من المعاقين هم:

المتخلفون عقلياً، والمكفوفون، والصم وضعاف السمع. وأدعو الله العلى القدير أن يعيننى على استكمال بقية الفئات فى الطبعات القادمة إن شاء الله. والكتاب الذى نقدمه يحتوى على أربعة أبواب تتضمن ثلاثة عشر فصلاً.

يتناول **الباب الأول** «مدخلا لدراسة الخدمة الاجتماعية مع المعاقين» ويتضمن فصلين عن: - مجال الإعاقة أساسياته ومتطلباته.

- تأهيل المعاقين.

أما الباب الثانى فيتناول «عرضا لبعض فئات المعاقين» فى ثلاثة فصول وهذه الفئات هى:

- المتخلفون عقلياً.
- المكفوفون.
- الصم وضعاف السمع

- الصم وضعاف السمع

أما **الباب الثالث** فيتناول «الخدمة الاجتماعية مع المعاقين» ويحتوى على خمسة فصول تحتوى على:

- الاتجاهات الحديثة فى مجال رعاية المعاقين من منظور الخدمة الاجتماعية.
- الرعاية الأسرية للمعاقين.
- العمل الفريقى فى مؤسسات رعاية المعاقين.
- أدوار الأخصائى الاجتماعى مع المعاقين.
- التسجيل فى مؤسسات رعاية المعاقين.

و **الباب الرابع** يعرض بعض «بحوث الخدمة الاجتماعية فى مجال رعاية المعاقين»، ويتضمن ثلاثة فصول تهتم بالآتى:

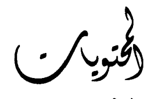
- البحوث الميدانية للخدمة الاجتماعية فى مؤسسات رعاية المعاقين.
- العلاقة بين الإعداد المهنى واتجاهات طلاب الخدمة الاجتماعية نحو المعاقين.
- برنامج تدريبى لتحقيق التنمية المهنية وتحسين تفهم الأخصائيين الاجتماعيين العاملين فى مجال رعاية وتأهيل المعاقين لأدوارهم المهنية.

وأشكر الله سبحانه وتعالى على إنجاز هذا العمل المتواضع، الذى آمل أن يكون عوناً للمجتمع وآباء وأمهات المعاقين بصفة عامة ولباحثى وطلاب الخدمة الاجتماعية، وكذلك للمهتمين بمجال رعاية المعاقين والقائمين عليها بصفة خاصة.

وأدعو الله سبحانه وتعالى أن يلقى القبول ويجيب على بعض التساؤلات، وأتمنى استكمال الفئات الأخرى من المعاقين فى الطبعات القادمة من الكتاب إن شاء الله.

القاهرة في غرة محرم ١٤٢٧   **د. نظيمة أحمد محمود سرحان**

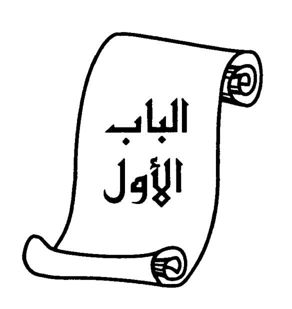
أول فبراير ٢٠٠٦



الموضوع	الصفحة

الموضوع	الصفحة
الفصل الرابع: المكفوفون	٨٣
أولاً: تعريف الكفيف	٨٤
ثانياً: تصنيفات المكفوفين	٨٤
ثالثاً: أسباب فقد البصر	٨٥
رابعاً: التعرف المبكر على كف البصر	٨٧
خامساً: شخصية الكفيف	٨٨
سادساً: موقف الأسرة من كفيف البصر	٨٩
سابعاً: موقف المجتمع من كفيف البصر	٩٠
ثامناً: بعض الأخطاء الشائعة عن المكفوفين	٩٠
تاسعاً: المشكلات والقيود التى يفرضها كف البصر وكيفية مواجهتها	٩٢
عاشراً: الوقاية من الإعاقة البصرية	٩٧
حادى عشر: الخدمات والرعاية المقدمة للمكفوفين	٩٨
ثانى عشر: التنظيمات والأجهزة القائمة على رعاية المكفوفين	١٠٥
ثالث عشر: بيان ببعض المؤسسات التى تقوم برعاية المكفوفين	١٠٦
الفصل الخامس: الصم وضعاف السمع	١٠٧
أولاً: تعريف الصم وضعاف السمع	١٠٨
ثانياً: تصنيفات الصمم وضعف السمع	١٠٨
ثالثاً: أسباب الإعاقة السمعية	١٠٩
رابعاً: التعرف المبكر على الإعاقة السمعية	١١١
خامساً: شخصية الأصم وضعيف السمع	١١٢
سادساً: مشكلات الصم وضعاف السمع	١١٣
سابعاً: الوقاية من الإعاقة السمعية	١١٥
ثامناً: الخدمات الموجهة للصم وضعاف السمع	١١٦
تاسعاً: التنظيمات والأجهزة القائمة على رعاية الصم وضعاف السمع فى مصر	١١٩
الباب الثالث **الخدمة الاجتماعية مع المعاقين**	١٢١
الفصل السادس: الاتجاهات الحديثة في مجال رعاية المعاقين من منظور الخدمة الاجتماعية	١٢٣
أولاً: الاتجاه العلاجى فى مجال رعاية المعاقين	١٢٤
ثانياً: الاتجاه الوقائى فى مجال رعاية المعاقين	١٣١

الموضوع	الصفحة



مدخل لدراسة الخدمة الاجتماعية مع المعاقين

الفصل الأول

مجال الإعاقة (أساسياته ومتطلباته)

أولاً: الرعاية الاجتماعية للمعاقين

ثانياً: تعريف الإعاقة والمعاقين وتصنيفاتهم

ثالثاً: أسباب الإعاقة

رابعاً: المشكلات الناتجة عن الإعاقة

أولاً: الرعاية الاجتماعية للمعاقين

نشأة الرعاية الاجتماعية للمعاقين:

رعاية فرد لآخر أو جماعة لأخرى حقيقة عرفتها الإنسانية منذ نشأتها، حينما عرف الإنسان حتمية اعتماده على الجماعة فى إشباع حاجاته، فحتمية تفاعل الفرد مع آخرين يؤدى إلى حتمية مواجهته لمشكلاته، وحتمية مواجهته لهذه المشكلات أدت إلى سعى الآخرين لمساعدته حفاظا على قوة الجماعة واستمرارها.

إلا أن تاريخ الإنسانية يشير إلى أن اتجاهات هذه الرعاية خضعت للمعتقدات والأنماط الثقافية المسيطرة على كل حقبة من حقبات التاريخ.

ففى العصور البدائية الأولى سادت نزعات الصراع العشائرى لتبرز فلسفة «القوة والبقاء للأصلح» وكان يترك الطفل إذا ولد معاقا فى الظروف الجوية الصعبة دون آية رعاية حتى يتوفاه الله، كذلك سيطرت الخرافات متمثلة فى الأرواح الخفية وتفسير الظواهر تفسيرا ميتافيزيقياً لعوالم فوقية لها صفة التقديس لذلك فسرت الإعاقة تفسيرا خرافيا قائما على قوى غيبية سحرية تنعت المعاقين بالشر والشؤم مما أدى إلى التخلص من أصحاب العاهات أو تركهم بدون عناية.

إلا أنه مع ظهور الحضارات الإنسانية الأولى متمثلة فى عصور الفراعنة والحضارة الإغريقية القديمة وما ظهر بين الحضارتين من حضارات أخرى فى الهند والصين، بدأت أولى مظاهر رعاية المعاقين انطلاقا من الفلسفة التى كانت سائدة فى كل منها.

فالمصريون القدماء رغم المسحة الفرعونية الدينية والنظام الطبقى السائد فإن الطابع العملى الذى غلف الحضارة المصرية القديمة قد أبرز العناية بالفرد وأسرته فى حالات العجز والمرض كأسلوب لتدعيم قوة الوطن وسواعد عماله. ومن ثم عُرفت جامعة «أون» القديمة من ٤٠٠٠ ق م، وعُرف علم الأعشاب لعلاج المرضى وأصحاب العاهات، وعُرفت تراتيل الكهنة فى المعابد لمواساة الضعفاء والعجزة.

كما أدت الفلسفة الأخلاقية التى ظهرت فى كل من الهند والصين إلى اعتناق مفاهيم الفضيلة والأخلاق والسلام كطرق تؤدى إلى المعرفة، ومن ثم رحمة الضعفاء والعناية بالعجزة والمعاقين هو أحد مظاهر هذه الفضيلة.

ولكن رغم ما عرف عن أصالة الحضارة الإغريقية القديمة وما قدمته للمعرفة الإنسانية من علوم ومعارف إلى أن الطابع العقلى الطبقى والمثالى الذى ساد فلسفاتهم لم يقدم عطاء يذكر لرعاية أصحاب الإعاقات والعناية بالعجزة. فقد أدت النزعة المثالية التى تصورها «أفلاطون» إلى تقسيم البشر إلى معادن، أفضلهم الحكماء والأقوياء، وأدناهم الضعفاء والمعاقون. كما أدت أفكار «أرسطو» العقلانية عن القياس الصورى والوراثة الحتمية للصفات الإنسانية إلى إهمال المعاقين كعناصر ضعيفة تعيق قدرة الأمة وتقلل من قواها، كما أدت الحروب الأثينية والإسبرطية إلى مزيد من الإهمال فى العناية بهذه الفئات.

ولقد بلغت الصورة قسوتها وأسوأها عندما سادت نزعة القوة فى الرومان القديم وأصبح افتراس الأسود للبشر الضعفاء وسيلة لتسلية الملوك والأباطرة.

إلا أن هذا لم يمنع من ظهور ألوان متناثرة لرعاية المعاقين فى بعض الظروف وخاصة لطبقات السادة، وما نادت به «آلهة الخير» من دعوات لحماية ضعف الإنسان وعجزه. وبانتهاء حكم الأباطرة ظهرت بعض الأعمال الخيرية كإنشاء ملاجئ لليتامى والعجزة.

ومنذ هذه الحقبة حتى بدء ظهور الأديان السماوية، اليهودية فالمسيحية فالإسلام انطوى الفكر الإنسانى لتسود مرة أخرى الفوضى العقلية ولتتعثر جهود العناية المنظمة بالمعاقين.

ففى محيط العالم العربى قبل الأديان السماوية نجد أن عرب الجاهلية عرفوا التفاخر بين القبائل بخلوها من أصحاب العاهات والعناصر الضعيفة.

ولكن مع ظهور الأديان السماوية، ظهرت لأول مرة تشريعات قدسية محددة تقرر حقوقا للمعاقين والضعفاء.

ففى الديانة اليهودية ظهرت الوصايا العشر والعشور كتعبير عن حق المعاقين فى العيش والحماية، كما نادت المسيحية بالحب والسلام والمعاملة بروح الأخوة والتشبه بأخلاق السيد المسيح عليه السلام. وجاء الإسلام لتقديم رسالة جديدة، سمت بالإنسانية وارتفع بكرامة الفرد والمجتمع إلى المكان اللائق، حيث السمو فى العقيدة والكمال فى النظام وروح الجماعة، وكفلت الشريعة الإسلامية تحقيق

العدالة الاجتماعية فأوجبت الزكاة، وحثت على العمل والكسب ونهت عن البطالة والكسل، ولعل أبلغ دعوة لرعاية الضعفاء هى فى عونه لتحريم العصبية وألا فضل لأحد على الآخر إلا بالتقوى.

وبتوالى عصور الخلافة الإسلامية استقرت العديد من مؤسسات الرعاية الاجتماعية وتحددت وظائف لتقديم هذه الرعاية. ومن تعاليم الإسلام بالنسبة للمعاقين نزول الآية الكريمة:

﴿عَبَسَ وَتَوَلَّىٰ (١) أَن جَاءَهُ الْأَعْمَىٰ (٢) وَمَا يُدْرِيكَ لَعَلَّهُ يَزَّكَّىٰ (٣) أَوْ يَذَّكَّرُ فَتَنفَعَهُ الذِّكْرَىٰ (٤)﴾ [عبس].

وقد حث عمر بن عبد العزيز على إحصاء المعاقين، وخصص مرافقا لكل كفيف وخادما لكل مقعد لا يقوى على القيام.

وبالتوازى أقامت المجتمعات المسيحية الأديرة والملاجئ لرعاية أصحاب العاهات وخاصة فى أوروبا، كما شاعت فى بعض البلدان كثير من البدع التى تزعم شفاء المعاقين من خلال القيام بشعائر معينة فى بعض الكنائس والأديرة، على النحو الذى اتجهت فيه المجتمعات الإسلامية إلى الأحجبة والنذور.. إلخ.

ومن العصر الوسيط فيما بعد الأديان السماوية حتى عصر المدنية الحديثة عادت مرة أخرى الاتجاهات الخرافية والغيبية حول السمات المرضية فى الإنسان. فمريض العقل وضعاف العقول تقمصهم «شيطان» وعلى المجتمع التخلص منهم، والطفل المعاق والمنحرف «شاذ» لطبيعة الشذوذ فيه، وتظهر بالتالى مظاهر قاسية لمعاملتهم أو تركهم نهبا للتشرد والتسول.

إلا أن هذا الحال لم يستمر طويلا حيث جاء عصر النهضة وما تبعه من ظهور تيارات إصلاحية تنادى بحقوق الإنسان، ولتبدأ معها اتجاهات ترفض مسئولية الفرد عن عجزه، ولتنهض بعدها العديد من المؤسسات التطوعية لرعاية المعاقين وخاصة فى إنجلترا والنمسا وفرنسا.

وأخيرا جاء القرن العشرون بانتصارات حققها الطب النفسى وعلم الوراثة والعلوم الإنسانية الأخرى ليكشف النقاب عن الكثير من أسباب الإعاقة للإنسان،

وأثمرت الحروب المتتالية ملايين من أصحاب العاهات، لتبدأ بالتالى جهود منظمة وعلمية للعناية بالمعاقين بل وانتشرت حركة البحوث العلمية لهذه الفئات وخاصة المكفوفين والمقعدين والصم والبكم ومبتورى الأطراف.

ورغم الاتجاهات والأيديولوجيات المتعددة حاليا إلا أن المجتمعات وإن اختلفت فيما بينها على الأسس الفكرية للعناية بالمعاقين إلا أنه يوجد اتفاق مشترك بينها على ضرورة ووجوب العناية بالمعاقين.

أسس العناية بالمعاقين:

تبلورت اليوم أسس العناية بالمعاقين لتأخذ الأشكال الآتية:

١- الاتجاه الأخلاقى:

وهو اتجاه يلتزم برعاية المعاقين من منطلق «دينى وأخلاقى» فى المقام الأول، وهو اتجاه تعتنقه المجتمعات الإسلامية وبعض الأقطار المسيحية وبعض المجتمعات التى تحكمها عقائد لا سماوية كالبوذية والهندر ں.

٢- الاتجاه البرجماتى:

وهو اتجاه يلتزم برعاية المعاقين «حفاظا على النظام الرأسمالى» الذى عليه أن يمتص ضحايا الصراع الاقتصادى والمنافسة وحفاظا على فردية الإنسان. ويتمثل فى الولايات المتحدة الأمريكية وغيرها من الدول الصناعية.

٣- اتجاه مادى:

وهو اتجاه يلتزم برعاية المعاقين من منطلق «كل بقدر ما ينتج، ولكل بقدر ما يحتاج»، وحدود هذه الرعاية متوقف على حجم العائد الذى تعود به الرعاية على الإنتاج، وهو اتجاه تمثله بعض الدول وخاصة روسيا.

وقد توجهت هذه الجهود لتصدر عن المنظمة الدولية وهيئاتها دساتير تحدد الحدود الدنيا لمستوى معيشة الفرد العادى والمعاق وحقوقهما. وفيما يهمنا فإنه يمكننا تحديد ما اتفق عليه فيما يلى:

- أن رفاهية الإنسان هى هدف أسمى لكل المجتمعات وعليها أن تسعى لتحقيقه.

- حق المعاق فى الحياة حياة كريمة مكفول مهما بلغت درجة إعاقته.

- المعاق هو إنسان له قدراته الواجب استغلالها وحرمانه منها، هو حرمان لحق من حقوقه الطبيعية والإنسانية.

- الاكتشاف المبكر للإعاقة والمعاقين هى حقوق عالمية لكل مجتمع حق الإفادة منها لرعايتهم.

- أن عجز الإنسان هو عجز نسبى أصاب وظيفة أو أكثر من وظائفه الاجتماعية، ولا يعنى عجزا كليا أو شاملا ينعت صاحبه بالشلل الاجتماعى. فلكل فرد سمات قوة وضعف فى عناصر شخصيته جسمية كانت أو عقلية أو نفسية.. إلخ.

- من ثم فالشخص العاجز هو فى نفس الوقت قادر تحت ظروف معينه، وتدريبات خاصة، ورعاية خاصة.

- تعد العناية بالمعاقين قيمة اقتصادية وأخلاقية من حيث كونهم عناصر يمكن أن تزيد من الدخل القومى، وفى نفس الوقت تجنب المجتمع تحمل أعباء مستقبلية إذا ما تحولوا إلى طوائف معالة أو طفيلية أو انحرافية.

فلسفة الخدمة الاجتماعية فى العمل مع المعاقين:

يعتمد العمل مع المعاقين على ضمان الحدود الدنيا لمعيشة الفرد المعاق، وضمان وجود حد أدنى من الرعاية لهم، كذلك يعتمد العمل معهم على إطار من الحقائق الأساسية التى تكون فى مجموعها فلسفة العمل مع المعاقين ومنها:

- أن المعاقين فئات تعانى من بعض العجز أو النقص فى قدراتهم إلا أن هذا لا يؤدى إلى العجز الشامل فى كل قدراتهم وإمكانياتهم المتبقية.

- تؤمن الخدمة الاجتماعية بإمكانية مساعدة هذه الفئات من خلال التوجيه والتدريب والتأهيل والمعاونة على استثمار ما تبقى لديهم من قدرات

وإمكانيات، والعمل على إعادة تكيفها الاجتماعى والنفسى بحيث يصبحون أعضاء قادرين على الإنتاج فى المجمتع.

- تؤمن الخدمة الاجتماعية بكرامة الإنسان، وقدرته على الصمود أمام ضغوط الحياة.
- تؤمن الخدمة الاجتماعية بأن مساعدة هذه الفئات بأسلوب علمى من خلال معرفة فئاتهم وإحصاءاتها واحتياجاتهم ومشكلاتهم وتقديم الخدمات فى ضوء ذلك سيسهم فى إعادة تكيف هذه الفئات النفسى والاجتماعى ويجعلهم قادرين على أداء وظائفهم الاجتماعية، والمشاركة فى زيادة الإنتاج وتنمية المجتمع.

الأهداف العملية لرعاية العاقين:

يمكن تحديد هذه الأهداف فيما يلى:

- إيقاف تيار العجز بالاكتشاف المبكر لحالات الإعاقة ومساعدتها لتحقيق أقصى قدراتها.
- توفير فرص التعليم الخاص لفئات المعاقين.
- توفير الرعاية الطبية والعلاج الطبيعى والأجهزة التعويضية لمن يحتاجها منهم.
- توفير الرعاية النفسية والاجتماعية للمعاق وأسرته لضمان استقرار حياه المعاق له ولأسرته.
- توفير فرص التوجيه والتأهيل المهنى بما يتناسب مع قدراتهم المتبقية.
- توفير فرص العمل المناسبة والعمل على زيادة نسبة تشغيلهم من خلال الدعوة إلى إصدار تشريعات جديدة تضمن لهم ذلك.
- تعديل اتجاهات الرأى العام نحو معاملة المعاقين بأساليب مختلفة ومنها وسائل الإعلام.
- تشجيع الدراسات والبحوث العلمية لاحتياجات ومشكلات المعاقين وأساليب رعايتهم.

- توفير فرص الترويح الهادف بوسائل وأدوات ومؤسسات شغل أوقات فراغهم بما يتناسب وظروفهم.
- تهيئة مؤسسات رعاية المعاقين التعليمية والاجتماعية والطبية لتناسب المعاقين، مع تهيئة جانب من الطرق وبعض المساكن لتناسبهم وتضمن سلامتهم من الأخطار.

ثانياً: تعريف الإعاقة والمعاقين وتصنيفاتهم

الإعاقة والشخص المعاق:

اهتم كثير من العلماء بتعريف الإعاقة والشخص المعاق كل من وجهة نظره. وكلمة إعاقة تعنى «التأخير أو التعويق»، ونظرا لتعدد وجهات النظر فسوف نأخذ بمفهوم منظمة الصحة العالمية الذى يشير إلى الإعاقة على أنها:

«فقدان المزايا الاجتماعية»، وإلى الضرر الناتج عن القصور أو العجز الذى منع قيام الفرد بدوره بطريقة عادية مع الأخذ فى الاعتبار عوامل السن، والجنس والعوامل الاجتماعية والثقافية. كما يطلق مصطلح معاق على كل من تعوقه قدراته الخاصة عن النمو السوى إلا بمساعدة خاصة.

ويعرف الشخص المعاق على أنه:

«كل شخص تعوقه أسباب بدنية أو حسية أو فكرية عن إشباع احتياجاته، واستكمال تعليمه بالطرق العادية فى التربية، كما أنه فرد نقصت إمكانياته للعمل إلى حد كبير لعجز جسمى أو عقلى» بينما يراه آخرون على أنه «كل فرد يختلف عمن يطلق عليه لفظ (سوى) أو عادى جسميا أو نفسيا أو عقليا أو اجتماعيا إلى الحد الذى يستوجب عمليات تأهيلية خاصة حتى يحقق تكيفا تسمح به قدراته الباقية.

وتنص المادة الثانية من القانون رقم ٣٩ لسنة ١٩٧٥ على أن المقصود بالمعاق أنه: «كل شخص أصبح غير قادر على الاعتماد على نفسه فى مزاولة عمل أو القيام بعمل آخر والاستقرار فيه ونقصت قدراته على ذلك نتيجة لقصور عضوى أو عقلى أو حسى أو نتيجة عجز خَلْقى منذ الولادة».

وهو تعريف يقترب من تعريف منظمة العمل الدولية الذى حددت فيه المعاق على أنه «فرد نقصت إمكانيـاته للحصول على عمل مناسب والاستقرار فـيه نقصا فعليا لعاهة جسمية أو عقلية».

وعلى هذا نستطيع أن نعرّف الشخص المعاق من جانبنا على أنه:

«كل شخص تعوقه أسباب جسميه أو حسية أو عقلية أو نفسية أو اجتماعية عن إشبـاع احتياجـاته، واستكمال تعليـمه بالطرق العادية فى التـربية، وعلى أداء عمل مناسب والاستقرار فيه نتيجة لسبب أو أكثر من هذه الأسباب».

وفى ضوء هذا التعريف يمكننا تصنيف فئات المعاقين إلى:

- **معاقين جسمياً**: وينقسمون إلى:

أ- أصـحاب عـجـز ظاهر مـثل مـبتـورى الأطراف ومـرضى شلل الأطراف.

ب- أصـحـاب عجـز غـيـر ظاهر مـثل المرضى بأمـراض مـزمنة، كالسرطان، والسكر، والفشل الكلوى، والفشل الكبدى.. إلخ.

- **معاقين حسيا**: كالمكفوفين والصم والبكم وضعاف السمع.. إلخ.

- **معاقين عقليا**: وينقسمون إلى فئتين:

أ- فئة إيجابية مثل المتفوقين، والمبدعين.

ب- فئة سلبية مثل ضعاف العقول والمرضى بأمراض عقلية.

- **معاقين نفسيا**: وهم المرضى بالأمراض النفسية.

- **معاقين اجتماعيا**: وهم الخارجون على القانون مثل الأحداث المنحرفون، ونزلاء السجون، والمدمنون،.. إلخ.

- **متعـددى الإعاقة**: وهم من لديهم أكثر من إعـاقة ويطلق على هذا المعاق «معـاقا مـزدوجا» مـثل الصم والبكم، الصم والبكم والعمـى، مرضى الشلل ولديهم ضعف عقلى، العـمى والصمم، الصم والبكم، والعمى ولديهم ضعف عقلى. .إلخ.

ثالثاً: أسباب الإعاقة مع تحليل لها على مجتمعنا المصرى

هناك بعض الأسبـاب المعروفة للإعـاقة، إلا أن هناك أسبـابا أخرى لا تزال موضوع بحث ودراسة فى أنحاء متعددة فى مراكز البحث العلمى. هذا، وتختلف أسباب الإعاقة باختلاف الفترة التى تحدث فيها ويمكن تقسيمها إلى:

١- أسباب قبل الولادة:

ويقصد بهـا الأسباب أو العوامل الناتجـة عن فعل الوراثه وارتباطهـا بانتقال خصائص مـوروثة تنتقل إلى الجنين من أجداده إمـا مباشرة وفقـا لقوانين الوراثة، وإما بطريقة غير مباشـرة بأن تحمل الجينات عيوبا تكوينية أو خللاً يؤدى إلى تلف أنسجة المخ أو عـدم تمثل الغذاء، مما قد يؤثر على النمو بصفـة عامة، وعلى بعض أعضاء وأجهـزة الجسم بصفة خاصة، كـذلك قد تصاب الجينات بتغيـرات مرضية أثناء انقسام الخلية مما يؤدى إلى بعض الإعاقات، كذلك عدم توافق دم الأم مع دم الجنين، ومن الأسبـاب البيئـية أو الخارجيـة والتى تؤثر على الفرد منذ بدء حـياته كبويضة مخصبة فى رحم أمه أو عندما ينمو كجنين ما يلى:

- تناول الأم الحامل لبعض العقـاقير بدون استشارة الطبيب كـالمضادات الحيوية والمسكنات المختلفة كالأسبرين على سبيل المثال.
- تعاطى الأم للكحوليات والمواد المخدرة.
- إصابة الأم الحامل بمرض معد يؤثر على الجنين مثل إصـابتها بالحصبة الألمانية خلال الأشهر الأولى من الحمل.
- إصابة الأم بالتسمم أثناء فترة الحمـل كما فى حالات تسمم الدم وزيادة نسبة الصفراء فى الدم.
- الاستخدام المتكرر للكشف والعلاج بالأشعـة السينية فى الثلاثة أشهر الأولى من الحمل.
- تعرض الجنين للخطر نتيجة لصدمة أو حادث يقع للأم أثناء الحمل.
- سوء الصحة العامة والأنيميـا الحادة للأم والنقص الشديد فى الڤيتامينات أثناء الحمل.

- تعرض الأم الحامل لتلوث البيئة الشديد خاصة التلوث بالرصاص والزرنيخ أو أول أكسيد الكربون الناتج عن عوادم السيارات وأدخنة بعض المصانع، وبعض البويات والدهانات الرخيصة للجدران والأثاثات.

ونجد أن هذه العوامل مسئولة عن حالات الإعاقة منذ الولادة خاصة الصمم والضعف العقلى وكف البصر والعديد من التشوهات الجسمية.. إلخ التى تنتج أنواعا مختلفة من العجز.. وفى مصر نجد أن زواج الأقارب مازال سائدا خاصة فى صعيد وريف مصر، وبين الطبقات العاملة.

وقد تبين من الدراسات أن ٥٠٪ من حالات الصمم المبكر فى الأطفال ولدوا لآباء لهم قرابة مباشرة، وأهم من ذلك أن حالات الصمم تتكرر فى هذه الأسر كذلك تعتبر الوراثة مسئولة عن جزء كبير حوالى ٧٥٪ من حالات التخلف العقلى؛ كما تسهم العوامل الأخرى الخارجية فى العديد من حالات الإعاقة، ويمكن التغلب عليها عن طريق الرعاية والمتابعة للأم أثناء الحمل والبعد عن المرضى بالأمراض المعدية، بالإضافة إلى البعد عن أماكن التلوث والحفاظ على الصحة العامة والتغذية السليمة.. إلخ.

٢- أسباب أثناء الولادة:

ومعظمها ينتج بسبب الحوادث الخاصة بالولادة المتعسرة مثل:

- اختناق الجنين عند التفاف الحبل السرى وضغطه على عنق الجنين فى بعض الولادات العسرة، ونقص وصول الأكسجين إلى المخ، حيث إن هذا النقص إذا استمر أكثر من ثلاث دقائق يؤدى إلى تلف خلايا المخ.
- جرح رأس الجنين أثناء الولادة نتيجة استخدام الأجهزة أو الأدوات الطبية لتسهيل عملية الولادة مثل الجفت والآلات الساحبة، مما قد يترتب عليه تمزق بعض أنسجة الجنين وأوعيته الدموية.
- تجمع أو احتباس السائل المخى الشوكى بتجاويف المخ مما يؤثر على الجهاز العصبى.
- الولادة المبتسرة المبكرة قبل اكتمال نمو الجنين، مما يزيد من قابليته للإصابة المباشرة بالأمراض والعدوى وضعف مناعته.

ومعظم هذه الأسباب بالإضافة إلى إصابة الجنين ببعض الميكروبات أثناء خروجه من الرحم وهناك بعض الأمراض الرمدية التى تنتقل للطفل أيضا أثناء الولادة وكل ذلك يرجع نتيجة لعدم تردد الأم الحامل ومتابعتها عند الطبيب، أو نتيجة للولادات المنزلية أو لعدم توافر الرعاية المركزة للأطفال حديثى الولادة.

٣- أسباب بعد الولادة:

ومن أهمها الأمراض، والحوادث، والحروب والكوارث، العقاقير.

أ- الأمراض:

وخاصة أمراض الطفولة المبكرة مثل:

- إصابة الطفل ببعض الالتهابات المخية والحميات الشديدة مثل الحمى الشوكية والحمى المخية.. إلخ.
- الحوادث والإصابات المباشرة.
- التسمم الذى يحدث نتيجة تناول الطفل العقاقير بطريقة خاطئة أو تناوله لبعض المواد الكيميائية أو التسمم بالرصاص وغير ذلك من المواد التى لها تأثير ضار.
- إصابة وإهمال علاج الطفل منذ إصابته ببعض أمراض الطفولة مثل السعال، الديكى والحمى القرمزية والحصبة والغدة النكافية، والحمى الروماتيزمية، والدفتريا والأرماد، وشلل الأطفال.
- اضطرابات الغدد الصماء ونقص إفرازاتها كاضطراب الغدة الدرقية والغدة النخامية.
- نقص الڤيتامينات بجسم الطفل بدرجة شديدة ولمدة طويلة.

هذه الأمراض تعمل على حدوث حالات عجز مباشرة أو غير مباشرة نتيجة لمضاعفاتها. وفى الحقيقة أن الرعاية الصحية المتوفره للأطفال حديثى الولادة وتحصين الأطفال ضد الحصبة والسعال الديكى والجدرى وشلل الأطفال.. إلخ، وتوعية الأهالى بضرورة تطعيم أطفالهم خاصة فى ريف وصعيد مصر، وتعاقب الحملات القومية من قبل وزارة الصحة.. كل ذلك أدى إلى انخفاض مرض شلل

الأطفال فى بعض المحافظات وانعدامه فى المحافظات الأخرى، كما لوحظ أيضا انخفاض نسبة الإصابة بكف البصر نتيجة لهذا.

أما الأمراض التى تصيب الإنسان بعد سن الطفولة فهى تختلف فى انتشارها باختلاف الفئة العمرية وباختلاف المرض؛ فالأورام والأمراض الخبيثة ينتج عنها خلل فى وظيفة العضو بسبب الإصابة بالمرض ويتطلب الأمر التدخل الجراحى بالبتر لبتر عضو أو أكثر للمحافظة على جسد الإنسان من انتشار باقى المرض إليه وبالتالى المحافظة على حياة الإنسان.

كذلك نجد أن اكتشاف الأدوية المضادة للالتهابات والعقاقير الحديثة والأمصال الواقية وغيرها، أدت إلى مكافحة بعض الأمراض المعدية التى تؤدى إلى خطر فقد البصر، مثل الزهرى والجدرى والدفتريا والحمى القرمزية ولكن لا زال مرض التراكوما من أهم أسباب فقد البصر فى الدول الفقيرة ومنها مصر بالإضافة إلى الأرماد وخاصة أنها تنتشر فى الريف والأحياء المتخلفة فى الحضر. وهناك بعض الأمراض غير المعدية والتى قد يتسبب عنها العديد من الإعاقات مثل كف البصر والصمم والبتر، ومن هذه الأمراض السكر وتصلب الشرايين... إلخ، ولكن مع التقدم الطبى واتباع النظام العلاجى ومداومة استشارة الطبيب وانتشار الوعى الصحى عمل على الحد كثيرا من مضاعفات هذه الأمراض وخاصة صعيد وريف مصر.

ب- الحوادث:

يتعرض الناس لحوادث متعددة وتشمل حوادث المنزل، وحوادث الطريق، وحوادث العمل والمدرسة واللعب... إلخ.

- **حوادث المنزل:** قد تؤثر على الأطفال فى سن مبكرة كما تؤثر على الأفراد بصفة عامة عند حدوثها مثل الحرائق، والانفجارات، والتسمم... إلخ.
- **حوادث الطريق:** تزداد هذه الحوادث فى المناطق الحضرية بازدياد حركة المواصلات، فالزيادة فى عدد المركبات والسكان والزحام يزيد من معدلات الحوادث.

- **حوادث العمل**: تقع منها العديد من الإعاقات نتيجة لاستخدام بعض المواد الكيمياوية الحديثة والنظائر المشعة. . . إلخ، مما قد تشكل خطرا على العين، وكذلك استخدام الآلات دون مراعاة واتباع وسائل الأمان من الممكن أن يصيب العامل ويعرضه للإعاقة. ولكن اتباع الوسائل الوقائية المناسبة وزيادة الوعى بين العمال أدى إلى انخفاض كثير من حالات الإعاقة بسبب حوادث العمل.

جـ- الحروب والكوارث:

نتيجة للصراع المسلح بين الدول وقيام الحروب وانتشار مختلف أنواع الأسلحة قد ينتج عنها معاقون ومشوهو حرب. . . إلخ، كذلك تعرض البلاد للكوارث المفاجئة كالزلازل أو البراكين أو الفيضانات أو الحرائق الكبيرة. . . كل ذلك يؤدى أيضا إلى الإعاقة.

د- العقاقير:

خاصة إذا كانت هذه العقاقير تتناول عن طريق الإدمان، أو كعلاج دون استشارة ومراجعة الطبيب.

رابعاً: المشكلات الناتجة عن الإعاقة

للمعاقين مشكلاتهم واحتياجاتهم الاجتماعية، والتعليمية، والطبية، والنفسية، والمشكلات المرتبطة بتأهيلهم، وفيما يلى عرض مختصر لهذه المشكلات:

١- المشكلات الاجتماعية:

ونقصد بها المواقف التى تضطرب فيها علاقة الشخص المعاق بالأفراد المحيطين به داخل الأسرة وخارجها أثناء حياته وأدائه لأدواره، ومن هذه المشكلات الاجتماعية.

أ- المشكلات الأسرية:

تعتبر إعاقة أى فرد فى الأسرة هى إعاقة لأسرته فى نفس الوقت مهما كانت درجة الإعاقة ونوعها. وتزداد حدة هذه المشكلات إذا كانت الإصابة مفاجئة

للأسرة، أو إذا كانـت الأسرة تعتمد على الـشخص المعاق فى المعيـشة، أو كانت المعاقة أنثى يخشى عليها من عقـبات عدم التقدم للزواج منها، أو كان المعاق الابن الوحيـد فى الأسرة ذلك الذى انتـظرته طويلاً، وما قـد يحيط بهذه الإصـابة من ظروف يحمل أحـد الوالدين الآخر بمسئـوليتهـا ويزيد من مشاعـر الذنب والحزن والحيرة.

كذلك يـؤدى سلوك المعاق المسـرف فى الغضب أو القلق أو الحـساسـية أو الحزن، أو حـتى الابتهاج بسلوك مـسرف من المحيطيـن به فى الأسرة، ويزيد من الحماية الزائدة والمسـرفة منهم للمعاق مما يؤثر على تماسك الأسـرة، وعلى قدرتها على قيامها بوظيفتها ودورها نحو تنشئة باقى أبنائها.

كمـا نجد أن هناك بعض العادات التـى تزيد من المشاكل الأسرية خـاصة إذا كانت العاهة أو الإعاقـة سببها وراثيا، فهنا تظهـر المنازعات والخلافات الظاهرة أو غير الظاهرة بين الزوجين أو تشكل عقبات أمام التقدم لمصاهرتها ظناً من المحيطين أن الإعاقة تنتقل إلى السلالات التالية حتى فى تلك الإعاقات التى لا تكون الوراثة سبباً فيها. ويتوقف نمو المشكلات الأسرية على:

- مدى الالتزام الدينى لأفراد الأسرة.
- تعليم الوالدين.
- ثقافتهما الذاتية.
- معارفهما عن الإعاقة وأسلوب رعاية الابن المعاق.

ب- المشكلات الترويحية:

تؤثر الإعاقـة على الاستمتاع بوقـت الفراغ، فممارسـة المعاق لأى نوع من النشاط يتطلب منه جهدا وطاقة قد لا يتوفـر، كذلك نجد أن أجهزة الترويح العامة معدة أساساً للأصحاء (الأسوياء)، فضلاً عن المشكلات التى قد تصادفه عند ارتياد أماكن اللهو أو الحدائق العامة أو النوادى أو الساحات الشعبية... إلخ.

وحقـيقـة الأمر أننا نجد أمـامنا أبطالنا من المعـاقين جسـميـاً من تحدوا هذه العـقبات المـرتبطة بشغل أوقـات الفراغ بل وتحـدوا الإعاقـة ذاتها وحـصلوا على

بطولات عـالمية لم يحـصل عليهـا الأسوياء وذلك نتـيجـة لما قدم لهم من رعـاية وتدريب. هذا يعنى أنه بالتعرف على الإعاقة ونوعها، ودرجتها، وكذلك القدرات المتبقية لدى المعاق والاختيار السليم للألعاب المناسبة لكل معاق مع الرعاية الأسرية والمجتمعيـة الواعية يستطيع المعاق التغلب على هذه المشكلات المرتبطة بالاسـتمتاع بوقت الفراغ.

جـ- مشكلات الزمرة (الأصدقاء):

تعتبر الحاجة إلى الأصدقاء من الحـاجات الأساسية للفرد خاصة فى المراحل الأولى من العمر، وتؤثر الصـحبة على النمو الاجتماعى السـليم للفرد، وشعوره بالسعادة، والمساواة. ويتوقف ذلك على تجانس (تقارب) خصائص الجماعة، وتقبل الجماعة للمعاق، وإشباع الجماعـة لاحتياجات المعاق، وإذا لم يتحقق ذلك نجد أن المعاق ينكمش على نفسه وينسحب من هذه الجماعات.

د- مشكلات العمل:

قد تؤدى الإعاقة إلى عـدم استمرار المعاق فى التعليم وحـاجته إلى التدريب والتأهيل وقد تؤدى إلى ترك المعاق لعمله، أو تغيير العمل بما يتناسب مع الإعاقة، وقـد يتطلب ذلك إعـادة تعليم وتأهيل، فـضـلاً عن المشكلات التى تتـرتب على الإعاقة فى علاقات المعاق برؤسائه وزملائه، أو مشكلات تتعلق بأمنه وسلامته فى العمل.. وقد يتأثر نوعيـة وكمية إنتاج المعاق نتيجة لإعـاقته، مما يترتب عليه تأثر دخل ومكانة المعاق فى العمل، وعدم قدرته على تولى مناصب رئاسية فى العمل.

وحقيقة الأمـر أنه باختيار العمل المناسب للقدرات المتاحـة للمعاق والتأهيل المناسب له وتوفـر الأمن والسلامة فـى العمل يمكن للمـعاق النجاح فـى عمله، وتكوين علاقات اجتمـاعية طيبة مع زملائه ورؤسائه، وإعالة نفـسه، وقد يستطيع المساهمة فى إعالة غيره خاصة فى الإعاقات غير العقلية.

٢- المشكلات التعليمية:

يثيـر عالم المعـاقين مـشكلة تعليمـهم وما يواجـههم من صـعوبات، ومن المشكلات التعليمية التى تواجه المعاقين:

- عدم توافر مدارس خاصة كافية للمعاقين على اختلاف أنواعهم تتفق ونوعية الإعاقة من حيث مبانيها وبرامجها أو أسلوب التعليم بها.
- تؤثر بعض الإعاقات مثل كف البصر أو الصمم على درجة استيعاب المعاق للدروس، لذلك تتطلب كل إعاقة معاملة خاصة وأساليب ووسائل تعليمية متميزة ومناهج خاصة ترتبط بنوع الإعاقة.
- الآثار النفسية السلبية لإلحاق الطفل المعاق بالمدارس العادية، وأثر شعوره بالدونية على تكيفه الدراسى والمدرسى والإفادة الكافية من التعليم.
- أثر شعور الرهبة أو الخوف الذى قد ينتاب التلاميذ عند رؤية المعاق وانعكاس ذلك على سلوك المعاق الذى يكون غالباً سلوكاً انسحابياً أو عدوانياً كعملية تعويضية.
- تتطلب بعض حالات الإعاقة اعتبارات خاصة لضمان سلامة المعاقين سواء خلال توجههم للمدرسة أو إيابهم أو خلال تواجدهم بها. فضعاف العقول والمقعدون والمكفوفون يفتقدون القدرات التى تؤمن سلامتهم بدون مساعدة خاصة؛ ويمكن التغلب على المشكلات التعليمية عن طريق توفير معاهد أو مدارس خاصة للمعاقين حسب كل إعاقة يتوفر بها:
- مدرسون ومدربون أعدوا خصيصاً للتعامل معهم.
- مناهج وأساليب تعليمية خاصة.
- الأنشطة (الرياضية، والاجتماعية، والفنية) التى تراعى إعاقتهم وتؤدى عمليات تعليمية وخبرات عملية خاصة. بمعنى أنها تساعدهم مثلاً على علاج عيوب المشى أو الكلام أو السلوك الاجتماعى غير المقبول، وتنمية مهاراتهم وهواياتهم... إلخ، بجانب التسلية وشغل أوقات الفراغ.
- حفظ سلامة المعاقين وتعويدهم على الاعتماد على أنفسهم داخل مدارسهم، فمثلاً مدارس المكفوفين يمكنها أن تعد أنشطتها وبرامجها بما يحفظ سلامة الكفيف وتعويده على ممارستها مستقلا داخل المدرسة بمراعاة عدم تغيير أو نقل الأشياء من أماكنها المعتادة.
- معاملة المعاق كفرد له فرديته وليس كفئة أو طائفة.

وبالرغم من أن الدولة تعمل على توفير مثل هذه المدارس لبعض الفئات من المعاقين إلا أننا نأمل فى توفير المزيد منها خاصة لبعض الفئات التى تعانى من نقص فى عدد هذه المدارس والمدرسين المؤهلين للتعامل معهم مثل الصم.

٣- المشكلات النفسية:

بالرغم من أن المشكلات النفسية ترتبط بالفروق الفردية والظروف البيئية، ونوع الإعاقة وشدتها التى تحدد نوع وشدة المشكلات النفسية إلا أن هناك سمات نفسية مشتركة بين المعاقين وهى:

أ- الشعور المبالغ فيه بالنقص:

وهو شعور بعدم تقبل الذات ومن ثم كراهيتها؛ لذا نجد أن المعاق لديه شعور واضح أو مقنع (غير ظاهر) بالدونية (النقص) مما يعوق تكيفه مع الأسرة والأصدقاء والمدرسة والعمل... إلخ.

ب- الشعور الزائد بالعجز:

ويعنى الاستسلام للإعاقة وما يتولد عنها من إحساس بالضعف والاستسلام لهذا الضعف مع رغبة فى الإنسحاب الدائم عن المجتمع والاعتماد شبه الكلى على الآخرين.

ج- عدم الشعور بالأمن:

وهو إحساس عام بالقلق والخوف من المجهول وتوجس الشر شبه الدائم، ويظهر ذلك فى التوتر وسهولة الاستثارة والعصبية الزائدة أو الابتهاج الزائد واللزمات الحركية وبعض عيوب الكلام، وقد تكون له أعراض ظاهرة مثل الأمراض الجسمية الناتجة عن هذه الاضطرابات النفسية.

د- عدم الاتزان الانفعالى:

بمعنى عدم تناسب الانفعال مع الموقف وهى سمة توجد فى بعض الناس العاديين لكنها شائعة فى مجتمع المعاقين بصفه عامة، وقد يتولد عن هذا الشعور مخاوف وهمية مبالغ فيها.

هـ- زيادة انتشار مظاهر السلوك الدفاعى:

والسلوك الدفاعى للمعـاق يعد بمثابة حماية لذاته المهـددة دائماً من الآخرين سواء بصورة مباشـرة كالسخرية الواضحة منه أو بصورة غير مـباشرة كالإهمال أو عـدم إعطائه الاهتمـام الكافى مما يجـعله يميل إلـى الأفعـال العكسيـة والإنكار، والتبرير، والتعويض.

ومما تجـدر الإشارة إلـيه هنا أن هذه المـشكلات النفـسيـة لا تنتج فـقط عن الإعاقة، بل تنتج عن العوامـل البيئية المحيطة بالمعاق، وكل من يتـعامل معه؛ لذا فهى تختلف فى حدتها من شخص لآخر باخـتلاف هذه الظروف البيئية، وبالتالى تخف حدتهـا عن طريق الرعاية الواعـية والتعـامل المناسب من الأسرة والمجـتمع المحيط بالمعاق وتحقيق التكامل فى الخدمات المقـدمة له فى المؤسسات المختلفة حتى يتحقق التكيف والتوافق النفسى والاجتماعى للمعاق.

٤- المشكلات الطبية:

يمكن حصر المشكلات الطبية التى تواجه المعاقين فيما يلى:

- عدم معرفـة أسباب بعض أشكال الإعاقة، فمـازالت أسباب بعض الأمراض مجهولة وبالتالى لا يمكن علاجها أو تفادى الإصابة بها.
- بعض أنواع الإعاقة يترتب عليـها أعراض مرضية جانبيـة وتابعة لها، تضخم منها فتشكل عقبات إضافية أمامه. فاستخدام مبتورى الأطراف مثلاً للأجهزة الصناعية التعـويضية قد يسبب إلتهابات جلدية واضطرابات عـضلية، فضلاً عن سهولة إصابتهم ببعض الأمراض.
- طول فترة العلاج لبعض الأمراض وكثرة تكاليفها.
- عدم انتشار مـراكز كافية للعلاج المتميـز للمعاقين بمستشفـيات خاصة تراعى ظروفهم ومشكلاتهم.
- عدم توافر المراكز المتخصصة للعلاج الطبيعى وخاصة فى المحافظات مع عدم توافر الفنيين لهذا العلاج.

٥- مشكلات التأهيل المهنى للمعاقين:

يعنى التأهيل المهنى للمعاق «إعادة تدريب المعاق على مهارة معينة تتناسب وقدراته المتبقية»، ومن المشكلات التى تواجه العملية التأهيلية:

- مقاومة المعاق نفسه لعملية التأهيل نظراً لأنها عملية تدعو إلى هجر أمر مألوف إلى أمر آخر غير مألوف.
- يتطلب التأهيل إمكانيات مادية وبشرية هائلة خاصة إذا راعينا تأهيل المعاق كفرد له فرديته، وليس كفئة أو طائفة خاصة. مثلاً من الخطأ إذا وجدنا المكفوفين بارعين فى أعمال الخيرزان والسجاجيد، توجيههم جميعهم كفئة خاصة لمثل هذه الأعمال دون مراعاة لحالتهم الصحية، وقدراتهم ومهاراتهم الفردية؛ لذا لابد من مراعاة الفروق الفردية بينهم فى اختيار العمل والتدريب عليه، وهنا ستظهر المهارة فى أكثر من عمل للفئة الواحدة ويزيد كم ونوعية إنتاج المعاقين.
- عدم وجود مقاييس مقننة تقيس قدرات المعاق سواء عند التأهيل المهنى كعملية تستهدف اختيار المهنة أو الحرفة المناسبة للفرد المعاق، أو عند التوجيه المهنى كعملية تستهدف اختيار الفرد المناسب لمهنة بعينها.

الفصل الثانى

تأهيل المعاقين

أولا: تطور خدمات وتسريعات التأهيل فى مصر وإنجازاته

ثانيا: مفهوم التأهيل

ثالثا: إعداد أخصائى التأهيل

رابعاً: ممارسة الخدمة الاجتماعية فى البرامج التأهيلية للمعاقين

خامساً: احتياجات المعاقين فى المستقبل

سادساً: المشكلات التى تواجه عملية تأهيل المعاقين ومقترحات للتغلب عليها.

أولا: تطور خدمات وتعريفات التأهيل فى مصر وإنجازاته

يمكن عرض تطور خدمات التأهيل فى مصر بالإشارة إلى مجموعة من المراحل الهامة وهى:

المرحلة الأولى:

وتبدأ منذ إنشاء الجمعيات والمؤسسات فى مصر فى أوائل العقد الثالث من القرن التاسع عشر، حيث بدأ المواطنون فى إنشاء هذه الهيئات عندما شعروا بحاجة المجتمع المصرى إلى الخدمات، وقد كان لهذا ما يبرره فقد كانت الحكومة فى هذا الوقت تهتم بالاحتلال الأجنبى، وسارت الجمعيات على هذا النحو وإن لم تكن بالقوة والتوسع المرجو منه. وبتزايد الوعى القومى والاجتماعى والدينى وتطور معرفة المرأة بدورها فى المجتمع وتزايد عدد السكان، وظهور الكثير من المشكلات الاجتماعية، وبعودة الكثير من المبعوثين المصريين من الخارج ووقوفهم على حركة الفكر العالمى وجهود الحكومات فى رفع مستوى شعوبها، أنشئت مدرستين للخدمة الاجتماعية فى القاهرة والإسكندرية عام ٣٦ - ١٩٣٧م وبدأ لأول مرة إعداد الأخصائيين الاجتماعيين الفنيين لمواجهة تطور الحياة ومشاكلها على أساس علمى مهنى.

وبدأت بوادر العمل مع المعاقين خصوصاً مع فئات المكفوفين والصم والبكم فأنشئت «المدرسة الصناعية للعميان بالإسكندرية» و«الجمعية المصرية لرعاية العميان بالقاهرة»، كما اهتمت بعض الجمعيات بالتعليم الدينى للمكفوفين، وكان للأزهر جهوده منذ إنشائه فى تعليم المكفوفين وإعدادهم للعمل كأئمة فى المساجد ولقيادة الدعوة الإسلامية، وكذلك كان لنظام الوقف الفضل فى إنشاء الكثير من المؤسسات الاجتماعية لرعاية المكفوفين وغيرهم من المعاقين.

المرحلة الثانية:

وتبدأ منذ عام ١٩٣٩ حيث أنشئت وزارة الشئون الاجتماعية وقد قضى مرسوم إنشاء هذه الوزارة بأن تتولى الإشراف على المؤسسات الاجتماعية والجمعيات وأعمال البر وحماية الطفل والأسرة، وذلك بالقانون رقم ٤٤ لسنة ١٩٤٥ الخاص بالجمعيات والمؤسسات الاجتماعية وصرحت بجمع التبرعات

للوجوه الخيرية، وقامت بتوجيه هذه الهيئات توجيهاً فنياً أدى إلى رفع مستوى خدماتها خصوصاً عندما بدأت الوزارة فى استخدام الأخصائيين الاجتماعيين كموجهين لهذه الجمعيات.

المرحلة الثالثة:

وتبدأ عام ١٩٤٨ بصدور الإعلان العالمى لحقوق الإنسان، وكانت مصر من الدول الموقعة على هذا الإعلان واستصدرت التشريع الذى يكفل تنفيذه، وهكذا صدر قانون الضمان الاجتماعى رقم ١١٦ لسنة ١٩٥٠، والذى جاء فيه إشارة واضحة للمعاقين لأول مرة فى التشريع الإجتماعى، إذ أفرد باباً لتأهيل المعاقين وأسرهم،واهتمت الحكومة بإنشاء مؤسسات تأهيل المعاقين مع بداية الثورة ثم عدل بالقانون رقم ١٣٣ لسنة ١٩٦٤.

ويتضح الاهتمام بتأهيل المعاقين فى هذه المرحلة فيما يلى:

١- أن الدولة أخذت على عاتقها إنشاء مؤسسات التأهيل المهنى للمعاقين كواجب من واجباتها وحق من حقوق المعاقين كمواطنين فى المجتمع عليها.

٢- أن الجهة الإدارية لها أن تأخذ المبادأة فى إلحاق المعاقين بمؤسسات التأهيل مع وجود شرط جزائى فى حالة الرفض لمن يحصل على معاش أو مساعدة.

٣- أن من حق المؤهلين الالتحاق بالعمل وفى الوظائف العامة مع جواز تقرير الشروط الواجب توافرها فى العمل لتيسير قيام العاجز بعمله.

وقد شاهدت هذه المرحلة من تاريخ التأهيل المهنى فى مصر آثاراً بعيدة المدى منها:

أ- استناد برامج التأهيل إلى قوة التشريع فلم تعد تعتمد على النوايا الطيبة أو مجرد الإحساس بالمشكلات.

ب- إثراء المؤسسات الخاصة بالتأهيل بالأسس الفنية للعمل لتوافر العناصر الفنية وتعدد البعثات الخارجية والأخذ بمبدأ تدريب العاملين فى هذه المؤسسات.

جـ- الانتشـار النسبى لفكرة التأهيل، وقيـام عدد غير قليل من المـؤسسات الجديدة لتأهيل فئات من المعاقين لم تشملهم العناية من قبل مع التوسع فى مكاتب التأهيل التى تعتمد أساسـاً على مصادر الخدمات القائمة فى المجتمع ذاته.

المرحلة الرابعة:

وتبدأ فى أواسط السـتينيات عندما أمكن تحـقيق التعاون الفنى فى مـختلف قطاعات بحـوث التأهيل بين مـصر والحكومـة الأمريكيـة، وبعض الدول الأخرى وتتسم هذه المرحلة بالانطلاق فى تنفيذ المشروعات مما كان له أثره البعيد فى تطوير هذه المشروعات.

ومن مظاهر الاهتمام بتأهيل المعاقين فى هذه المرحلة:

- زيادة العناية بتدريب أخـصائى التأهيل فى مصر والخـارج للوقوف على آخر تطورات الفكر العالمى فى هذا الـقطاع مما كان له أثره البالغ فى رفع مسـتوى الأداء.
- شمول التـدريب أيضاً مستـوى القيادات المصرية وكـان لهذا عائد كبـير على قطاعات التخطيط ورسم السياسة العامة للتأهيل.
- تحقـيق التبادل الفـكرى بين القيادات المصـرية ونظرائها فى الولايات المتـحدة وغيـرها من الدول الصديقـة عن طريق عقـد المؤتمرات والحلقات الدراسـية وتبادل البحوث.
- التوسع فى خدمـات التأهيل المهنى وبحوثه بشكل ظاهر حتى شـملت جميع فئات المعـاقين ومتعـددى العاهات وتدريب أخصائـى التأهيل، توسعاً أفـقياً ورأسيـاً شمل الصـم والبكم وضعـاف السمع والبـصر والمعـاقين جـسمـيا ومتعددى العاهات. . . إلخ.
- إصدار القانون رقم ٣٩ لسنة ١٩٧٥ بشأن تأهيل المعـاقين الذى نص فيه على تعريف المعاق وحقه فى التـأهيل وواجب الدولة فى تقديم خدمات التأهيل، وإنشاء المجلس الأعلى لتأهيل المعاقـين، كما صدر القرار الوزارى رقم ٢٥٩

بتاريخ ٢٠/٥/١٩٧٦ باللائحة التنفيذية للقانون رقم ٣٩ لسنة ١٩٧٥ ومن أهم ما تضمنه هذا التشريع نقل الاعتمادات المخصصة بالتأهيل من هيئة التأمينات الاجتماعية ووزارة القوى العاملة وهيئة التأمين الصحى إلى وزارة الشئون الاجتماعية. وبذلك تكون وزارة الشئون الاجتماعية هى الوزارة المسئولة عن تنفيذ الخدمات لهذه الفئات.

- امتدت خدمات التأهيل فى تلك الفترة من خلال مشروعات البحوث واتفاقيات التعاون المشترك لتشمل بالرعاية والتأهيل فئات التخلف العقلى والحالات التى لا يمكنها مغادرة منازلها ونفذ مشروع الوصول بالخدمات إلى المواطن فى محافظات أسيوط وسوهاج وقنا.
- الاهتمام بعقد المؤتمرات على المستوى المحلى للنهوض بمستوى الخدمة التأهيلية فكان منها مؤتمر الهندسة التأهيلية عام ١٩٧٥ والذى ساعد على وضع مواصفات لمساكن المعاقين ووسائل انتقالهم ومؤتمر تأهيل حالات عيوب التخاطب ونتج عنه إعداد مركز لتأهيل هذه الحالات... إلخ.
- الاهتمام بإعداد المتخصصين للعمل فى مجال تأهيل المعاقين، فتم إنشاء برنامج تدريبى على مستوى الدراسات العليا لإعداد المتخصصين فى الإرشاد النفسى للمعاقين واستمر البرنامج لمدة سنتين دراسيتين، وقد التحق بالبرنامج بعض أبناء الدول العربية، كذلك أنشأت الوزارة برنامجاً دراسياً فى مجال تقويم وتخطيط برامج التأهيل، هذا إلى جانب الدراسات التخصصية والندوات القومية.

المرحلة الخامسة:

وتبدأ فى الثمانينيات حيث شهدت هذه المرحلة اهتماماً بالغاً بتأهيل المعاقين من أهم مظاهره:

- تعديل قانون تأهيل المعاقين رقم ٣٩ لسنة ١٩٧٥ بالقانون رقم ٤٦ لسنة ١٩٨٢، وفيه زادت النسبة المخصصة لتشغيل المعاقين بحيث أصبحت ٥٪ مخصصة للتشغيل بالجهاز الإدارى للدولة، ووحدات القطاع العام والحكومى والخاص من جملة عدد العاملين بكل فرع أو وحدة.

- صـدور القرار الوزارى رقم ٤٥٥ لسنة ١٩٨٢ بتـعـديل نسبـة المساهمـة فى خدمات الأجـهزة التعويـضية والعلاج الطبـيعى التى توفرها هيئـات التأهيل بحيـث تعطى هذه الخدمـات دون مقابل لـلمعاقـين الجارى تأهيلـهم وأفراد الأسرة التى يكون مـتوسط دخل الفرد فـيها خمـسة جنيهات فـأقل، كذلك مواطنو محافظتى سيناء الشمالية والجنوبية.
- إعفـاء السيارات المجـهزة طبياً من بعـض الرسوم الجمركـية عند استـيرادها لاستخدام الشخص المعاق على أن يثبت بالفحص الطبى قدرته على القيادة، وبالبحث الاجتماعى قدرته على التشغيل والصيانة.
- منح المعاقين بصرياً (كف البصر) منح مالية عند التحاقهم بالجامعات تشجيعاً لهم فى استكمال دراستهم.
- إعـفاء المـعدات والأدوات والأجـهـزة ولوازم الإنتـاج والمعونات والـهبـات والتبـرعات من الرسوم الجمـركية بشرط أن تكون لازمـة لنشاط الجمعـيات العاملة فى مجال التأهيل.
- تخصيص حصة من الإسكان للمعاقين المستحـقين تيسيراً وتخفيفاً عليهم فى بعض المحافظات.

هذا بالإضـافة إلى عـقـد المؤتمرات والدورات التدريبـيـة وإرسال البـعثـات والتعـاون مع الدول الأخرى فى مجال تأهيـل المعاقين، ومازال الاهتـمام مستـمراً بتأهيل المعـاقين وتنشيط مـشاركتـهم فى مختلف المجـالات، ومن أبرزها النشاط الرياضى الذى أبدع فيـه المعاقون جـسميا وأحـرزوا البطولات والميداليات الذهبـية وتفوقوا على أنفـسهم وسموا «بمتـحدى الإعاقة» ونأمل فى المزيد من التـشريعات والتسهـيلات فى ضوء الاحتيـاجات الفعلية لهـذه الفئات وفى ظل سياسـة رشيدة هدفها وسعادتها تحقيق الرفاهية لجميع المواطنين فى المجتمع.

ثانياً: مفهوم التأهيل

تعريف التأهيل:

يقصـد بكلمة التأهيل «إعـداد الفرد وتزويده بما يجـعله أهلاً لشىء أو قادراً على أداء شىء بنجاح»، وتأهيل المعـاقين يعنى «مجـموعة العمليـات أو الأساليب

التى تعمل على تقويم وإعادة إعداد المعاق نحو الحياة السوية»، والتأهيل بهذا يعنى تقديم خدمات إرشادية وتدريبية للأشخاص غير القادرين، ويعنى أيضاً تنظيم الجهود المتضمنة فى العملية التأهيلية ومساعدة الأشخاص المعاقين وإعدادهم لتقبل عملية التأهيل.

أهداف التأهيل:

تتحدد أهداف التأهيل فى:

أ- أهداف إنسانية:

مثل توفير الرعاية الاجتماعية وخدمات التأهيل الاجتماعى والمهنى للمعاقين، وذلك يخفف من حدة المشكلات والآلام التى يتعرضون لها فى حياتهم ويقلل من الآثار النفسية والاجتماعية المترتبة عليها من فشل وانحراف وتخلف وتحقق لهم الشعور بالأمن والسعادة بين أسرتهم ومجتمعهم الذى يعيشون فيه.

ب- أهداف اقتصادية:

إن الاهتمام برعاية المعاقين يجعلهم مواطنين منتجين لا يعيشون عالة على ذويهم ويسهمون قدر استطاعتهم فى تنمية مجتمعهم. وعلى العكس فإن إهمالهم يؤدى إلى فشلهم وانحرافهم ويعرض المجتمع إلى خسائر فادحة تفوق فى المدى البعيد ما ينفق على برامج التأهيل.

وتأهيل المعاقين له أهداف اقتصادية مثل:

- توظيف الذين يعانون من إعاقة ما فى المشروعات الصناعية وإمدادهم بأحدث الوسائل والتجهيزات لتأهيلهم.
- توجيه الخدمات إلى أكبر عدد ممكن من الأشخاص المعاقين العاملين فى مجال الصناعة كل حسب القدرات المتبقية نتيجة العجز.

وهذا سوف يؤدى إلى تحقيق أهداف أخرى مثل:

- ارتفاع مستوى المعيشة.
- الارتقاء والتحفيز فى العمليات الصناعية.

- زيادة كمية الإنتاج تدريجيا واستخدام الخامات أحسن استخدام.
- اعتبار المعاقين قوة إنتاجية لا يستهان بها فى وضع الخطط اللازمة للإنتاج الصناعى.
- توفير خدمات تسهيلية داخل الوحدات الإنتاجية لزيادة الإنتاج وعدم الشعور بالملل.
- تحقيق التعاون الاقتصادى وتنمية المهارات وإتاحة أكبر فرص عمل ممكنة لكل الأعمار.

ج- أهداف اجتماعية:

يحقق تأهيل المعاقين أهدافاً اجتماعية مثل:

- الحد من العجز بالاكتشاف المبكر لحالات الإعاقة ومساعدتها لتحقيق أقصى قدراتها.
- توفير فرص التعليم الخاص لفئات المعاقين.
- توفير فرص التوجيه والتأهيل المهنى بما يتناسب مع قدراتهم.
- ترشيد اتجاهات الرأى العام نحو معاملة المعاق بأساليب الإعلام المختلفة.
- تشجيع البحوث العلمية كحل مشكلات المعاقين وتحسين أساليب رعايتهم.
- توفير فرص الترويح بإمكانيات مناسبة لظروفهم.
- تنمية الكفاية الاجتماعية حيث يتحقق النضج الاجتماعى من خلال برامج وخدمات الرعاية الاجتماعية.

د- أهداف مهنية:

تتحقق الأهداف المهنية من خلال برامج التوجيه والتدريب المهنى السليم الذى يساعد المعاق على اختيار المهنة المناسبة له وتدريبه عليها ثم معاونته على الالتحاق بالعمل المناسب والاستقرار فيه. ويعنى ذلك تنمية الكفاية الإنتاجية، ويتضح ذلك فيما يلى:

- مساعدة المعاقين كأفراد على معرفة ذواتهم والتقدير الصحيح لقدراتهم وموازنتها بمتطلبات الأعمال المتاحة لهم.
- اكتساب المهارات الأساسية والمعلومات المهنية من خلال البرامج التدريبية المنظمة.
- اكتساب العادات والاتجاهات السليمة فى العمل والتكيف أثناء العمل وتقبل التوجيهات والمحافظة على الملكية العامة.
- تنمية شعور المعاق بأهمية العمل الذى يدرب عليه له ولمجتمعه.
- توعية المعاق بحقوقه وواجباته كمواطن وعامل فى المجتمع.
- تنمية معلوماته عن البيئة التى يعيش فيها وما يوجد بها من نشاط اقتصادى وفرص للعمل.

هـ- أهداف مجتمعية وتنموية:

ويعنى بها ازدياد عدد الأفراد المساهمين فى الإنتاج وازدياد مجهوداتهم لتحقيق النمو الاقتصادى وزيادة توظيف المعاقين وتوفير خدمات اتصالهم قبل استثمار أموالهم، والتأمين الاجتماعى أثناء العمل، وإمدادهم بالآلات الإلكترونية والتكنولوجية الحديثة وتنمية مهاراتهم.

ولتحقيق هذا الهدف التنموى يجب الاستفادة من جميع الطاقات البشرية الموجودة فى المجتمع، ومنهم المعاقون، والعمل على تغيير الاتجاهات السلبية للأفراد تجاههم.

أسس التأهيل واتجاهاته:

تتلخص فلسفة التأهيل فى العمل على احترام الفرد المعاق وتقديره والتعامل معه كوحدة متكاملة لها كيانها المستقل، مع الثقة فى إمكانياته المتبقية وأنها كفيلة بالتوافق مع ظروف العمل المكفولة فى المجال المهنى بعد تأهيله. هذا، ويمكننا أن نلخص أهم الأسس والاتجاهات التى يجب الأخذ بها فى تأهيل المعاقين:

- تقبل المعاق كشخص له كرامته وحقوقه وواجباته، والتسليم بأن له الحق فى أن يعمل بأقصى ما تسمح به إمكانياته، وأن يؤدى دوره فى المجتمع كمواطن منتج ويمكنه أن يعتمد على نفسه ويرعى شئونه الخاصة.

- يجب أن تقدم برامج تأهيل المعاقين على أسس فنية يتعاون فيها فريق من الأخصائيين فى النواحى الطبية والمهنية والنفسية والاجتماعية والتربوية. . . إلخ.
- تعتمد الجهود التأهيلية على مبدأ الفردية بتركيز الانتباه لمواجهة احتياجات الفرد المعاق على ضوء تاريخه وخبراته وشخصيته.
- التأهيل جهود يكمل بعضها بعضا ويجب أن تسعى للوصول بالمعاق إلى أقصى ما يستطيع أن يصل إليه من الاندماجية والصلاحية المجتمعية.
- تبدأ الجهود التأهيلية بمجرد استقرار العائق، وأن تسند إلى الأخصائيين المؤهلين فى هذا المجال.
- العمل على استرداد المعاق لكثير مما قد يسبب العائق بتمكينه من مواصلة تعليمه ما دام لائقاً لذلك وقادراً عليه. وكذلك بإتاحة فرص التدريب والعمل والمستقبل المهنى لغير القادرين على التعليم وللمعاقين فى سن الشباب.
- إطلاق المهارات الأساسية من عقالها كالحركة والانتقال للكفيف، واستخدام الأجهزة التعويضية للمبتورين، والسماعات للصم، وغير ذلك من الأساليب والوسائل التى تقرب المسافات بين المعاقين والأسوياء.
- الخدمات التأهيلية التى تقدم للمعاقين حق لهم وتأمين لغيرهم ولذلك يجب ألا تأخذ شكل الإحسان الارتجالى أو تقتصر على المعونات المسكنة بل يجب التخطيط العلمى لها.
- العناية بوسائل الاتصال والتفاهم والتثقيف فى محيط المعاقين تحقيقاً لمبدأ تكافؤ الفرص بينهم وبين غيرهم فى المجتمع الذى يعيشون فيه.

خطوات التأهيل:

تنقسم خطوات عملية التأهيل إلى:

أ- الوصول إلى الحالات:

ويتطلب ذلك تنسيقاً كبيراً بين الخدمات القائمة فى المجتمع سواء فى المستشفى أو الوحدة الاجتماعية أو المدرسة أو وحدة الصحة المدرسية أو القيادات المحلية.

ب- التقييم:

ويشتمل التقييم على ما يلى:

- **التقييم الطبى**: لدراسة نواحى القدرة والعجز لدى الفرد وتحديد احتياجاته من العلاج والإعداد البدنى والأطراف الصناعية... إلخ. كما يشمل دراسة طبية نفسية.
- **الدراسة الاجتماعية**: بمعنى دراسة المعاق وتاريخه الاجتماعى وأسرته والعلاقات داخل الأسرة والبيئة الاجتماعية التى يعيش فيها.
- **التقييم السيكولوجى**: ويشمل دراسة القدرات العامة والخاصة، والشخصية والنضج الاجتماعى والتكيف الشخصى... إلخ.
- **التقييم المهنى**: لتحديد قدرات الفرد واستعداداته وميوله المهنية... إلخ.
- **التقييم الكلى**: بمعنى دراسة التاريخ التعليمى والتحصيل... إلخ.

جـ- التشخيص:

تتناول الدراسة تقييماً يقوم به كل من الأطباء المتخصصين، والأخصائيين النفسيين، والأخصائيين الاجتماعيين،... إلخ. وبتجميع هذه التقارير أمام أخصائى التأهيل يبدأ فى التعرف على مشكلات الفرد المعاق واحتياجاته، ويشترك فريق التأهيل فى هذا التشخيص الذى تنبثق منه خطة تأهيل فردية.

د- الخدمات التأهيلية:

وتختلف خدمات التأهيل باختلاف نوع الإعاقة والآثار المترتبة عليها والوسائل اللازمة للتغلب على آثارها حيث تتضمن الأنواع المختلفة للتأهيل.

أنواع التأهيل:

١- التأهيل الطبى:

وتشمل عمليات الرعاية الطبية للمعاق والتى يقدمها الأطباء فى مختلف التخصصات المعنية بالإعاقة، وأخصائى العلاج الطبيعى، ومعاونيهم من المرضات... إلخ، وهى تتضمن العلاج الطبى والأجهزة التعويضية المتاحة لتحقيق أقصى استفادة ممكنة من قدراته البدنية والصحية وتعويضه قدر الإمكان عن

الأعضاء والحواس التى فقدها حتى يمكنه الاعتماد على نفسه قدر المستطاع مثل الأطراف الصناعية، والسماعات، والنظارة الطبية والعدسات اللاصقة... إلخ، وقد تكون بعض الأدوات التجميلية التى تمكن المعاق من التعامل مع الآخرين دون إثارة الشفقة أو السخرية والاشمئزاز... إلخ، وتتضمن أيضا الخدمات المتصلة بالعلاج الطبيعى المناسب لنوع العجز فى حالة احتياج المعاق لهذه الخدمات، كذلك تتضمن علاج ووقاية المعاق من الأمراض التى يتعرض لها كغيره من الناس العاديين.

٢- التأهيل المهنى:

وهى تلك العمليات التى يقوم بها أخصائى التأهيل المهنى والتدريب المهنى وتوفر للمعاق مختلف الخدمات المهنية كالاختيار المهنى والتدريب والتوجيه المهنى والتشغيل بما يتناسب والقدرات المتبقية لمساعدة المعاق على ممارسة عمل مناسب لحالته من مختلف الأوجه والعمل على مساعدته على الاستقرار فيه والتكسب منه.

هذا، ويعتبر الهدف الرئيسى من التأهيل هو تمكين المعاق من مزاولة العمل المناسب لقدراته وإمكانياته مع معاونته على التكيف النفسى والاجتماعى والإقتصادى تبعاً للظروف المحيطة به فى المجتمع؛ لذلك نجد أن «الإرشاد النفسى والتوجيه المهنى» تعد من الخدمات اللازمة التى تهيئ المعاق للاستفادة من التأهيل المهنى.

وتستهدف خدمات الإرشاد النفسى المحافظة على كيانه سليماً ونامياً بإتاحة الظروف التى تؤدى إلى تكيفه فى حالته الجديدة وفى شتى المجالات التدريبية والمهنية والاجتماعية، وتكسبه أساليب سلوكية وقيم ذاتية ومجتمعية تحقق له أكبر قدر مستطاع من السعادة والرضا والتوافق المهنى الذى يدعو المعاق إلى الانتظام والاستمرار فيه.

وتتضمن برامج التأهيل المهنى خطوات ثلاث رئيسية هى:

أ- التوجيه المهنى.

ب- التدريب المهنى.

جـ- التشغيل أو الإلحاق بالعمل المناسب.

أ- التوجيه المهنى: يقصد بالتوجيه المهنى معاونة الفرد على أن يحصل على المهنة التى تلائمة من حيث اتفاق قدراته واستعداداته لهذه المهنة وما تتطلبه من مهارات، وكذلك تساعده على الإعداد لتلك المهنة والتكيف لها والتقدم فيها بنجاح .

ويعتمد «التوجيه المهنى» للمعاقين على أسس ومبادئ يراعيها الموجه المهنى ومنها:

- إتاحة الفرصة للمعاق لكى يحقق توافقه المهنى بنفس الطريقة المكفولة لزميله الذى لا يعانى من أى عائق.
- التركيز على الجوانب السوية من شخصية المعاق وسلوكه وقدراته وظروفه بدلاً من التركيز على النقص البدنى أو الحسى أو العقلى.
- يجب عدم التوسع فى إلصاق كلمة العجز بالناس خاصة فى سوق العمل، طالما أن العمل مناسب لقدراته وإمكانياته.
- لا بد من الإحاطة الدقيقة من جانب الموجه بخصائص عدد من الأعمال التى تناسب كل فئة من فئات المعاقين، مثلها فى ذلك مثل عمليات الإرشاد والتأهيل المهنى الأخرى، يوجد فيها فرد معاق بقدرات متبقية محددة مطلوب توجيهها إلى عمل معين يكون أكثر ملاءمة له من سائر الأعمال الأخرى.
- التوجيه المهنى ليس مفيداً للمعاقين فحسب، بل له فوائده على المؤسسة التأهيلية والجهة التى سيلتحق المعاق للعمل بها، كما أن له فوائده على المجتمع.
- يجب أن تسير عملية التوجيه المهنى وتراعى توقعات المعاق وميوله وأهدافه.

هذا، وتحقيق المبادئ السابق ذكرها فى عملية التوجيه تقع على أخصائى التوجيه المهنى. وهو الذى يعتبر المسئول عن تنسيق الخدمات المختلفة التى تشتمل عليها عمليات التأهيل المهنى ذات الأبعاد الآتية:

- تحليل الأعمال بقصد وضع خطة شاملة لاستفادة الأفراد من فرص العمل المتاحة لهم فى ضوء مطالب هذه الأعمال ومقتضياتها.

- تحليل الفرد بقصد الكشف عن قدراته وميوله ومدى العائق الموجود لديه.
- التوفيق بين حاجة المعاق والفرص المكفولة له فى الميدان المهنى عن طريق مقارنة قدرات الفرد وإمكانياته بمطالب العمل ومقتضياته.
- العمل على معاونة المعاق على التكيف والملاءمة من النواحى النفسية والاجتماعية مع الوسط الذى يعيش فيه، مع الاهتمام بمساعدته على حل مشكلاته الفردية والاجتماعية والمهنية.
- الإرشاد النفس فى الحالات التى تستدعى ذلك.

إن رسالة التوجيه المهنى فى هذا الصدد تعد عصب التأهيل المهنى للمعاقين وتساير هذه الخطوة فى نفس الوقت مبادئ الكفاية الإنتاجية التى تنادى بوضع أنسب شخص فى أنسب عمل بالنسبة له.

ب- **التدريب المهنى :** يهتم التدريب المهنى بإتاحة الفرصة أمام المعاقين للتدريب على الأعمال والمهن التى أسفر التوجيه المهنى على مناسبتها لهم أكثر من غيرها . . وقد يبدأ التدريب فى المستشفى عن طريق العلاج بالعمل، ويعتبر العلاج الطبيعى خطوة تحضيرية للتشغيل، وفى حالات أخرى يتم التدريب فى مراكز التأهيل المهنى أو المؤسسات أو المصانع أو المشروعات الخاصة بالمعاقين.

ومن الاتجاهات الأخرى فى تدريب المعاقين تدريبهم على العمل فى المصانع المحمية حيث توفر الأمان والظروف الملائمة لهم فتزداد ثقتهم فى أنفسهم.

جـ- **الإلحاق بالعمل المناسب:** إن عملية تشغيل المعاقين وإلحاقهم بالأعمال التى تناسبهم تعد من أهم جوانب التأهيل، وقد تسند هذه العملية إلى أخصائيين اجتماعيين يطلق عليهم «أخصائيى التشغيل» فى المؤسسات الاجتماعية الطبية أو فى مراكز التأهيل، وقد تكون من التزامات أخصائى التشغيل التوجيه المهنى. ولكى يضمن تشغيل المعاقين وتحقيق الخطة المهنية الخاصة بهم عليه أن يقوم باتصالات عديدة، وأن يكون علاقات وثيقة بالهيئات المختلفة بالمجتمع حتى يضمن حسن تشغيل حالاته فى الأعمال التى تناسبهم. هذا، ونشطت حركة تشغيل المعاقين فى جمهورية مصر العربية بعد صدور قانون العمل الذى يخصص نسبة من عدد

العـاملين فى المصانع والمؤسـسات من المعـاقين، وقـد تحدثنا عن ذلك فـى الجزء الخاص بتطور الخدمات والتشريعات الخاصة برعاية وتأهيل المعاقين.

٣- التأهيل النفسى:

وهى الخدمـات التى يقدمهـا الأخصائى الـنفسى وهى خدمـات تهدف إلى قـياس قـدرات ومهـارات المعاق والعـمل على تخليـصه من الضـغوط النفـسيـة والمشكلات النفسية السابق عرضـها فى الجزء الخاص بمشكلات المعاقين والتى تنتج عن الإعاقة وعـن معاملة المجتـمع المحيط به، وكذلك العمل مع المحـيطين بالمعاق وتوجيههم للأسلوب المناسب للتعامل معه.

٤- التأهيل الاجتماعى:

وتعنى تلك الخدمات التى يقوم بتقديمهـا الأخصائى الاجتماعى وتهدف إلى معاونة المعـاق على التعامل مع أسرته وأصـدقائه والمجتمع، وتسـاعده فى التغلب على المشكلات التى تعوقه عن مواصلة تعليمـه وتأهيله مهنياً وتشغيله وشغل وقت فراغه. وبمعنى آخر مساعدته على التكيف مع نفسه والمجتمع المحيط ومساعدته فى التغلب على العـقبات التى تحول دون حصـوله على مختلف خدمـات التأهيل من المؤسسـات الموجودة فى المجتمـع، بما يحقق له السعادة والاعـتماد على نفـسه فى إعالة نفسـه وغيره قدر المستطاع، مع الإقلال من الأعـباء الاجتماعيـة والاقتصادية التى تعوق عـملية التأهيل بمـختلف خدماتـها. وعلى ذلك نجد أن تأهيل المعـاقين يتطلب توفير العـديد من الخدمات للتغلب على المشكلات الناتجـة عن الإعاقة من خلال الأخصائيين فى مـختلف التخصصات فى المؤسسات المختـلفة المعنية بتقديم مختلف ألوان الرعاية والخدمات للمعاقين.

العناصر الأساسية فى عملية التأهيل:

تتضمن عملية التأهيل العناصر الآتية:

أ- البرامج: وهى مجموعة الخطط والإجـراءات التى يقوم على إدارتها أفراد وجمـاعات ليسـوا بالضرورة على اتصال مـباشر مع الخـدمات المباشـرة التى تقدم للمعـاقين من أجل تأهيلهم، بل ينصب اهتـمامهم على تخطيط وتنظيم الخـدمات

المقدمة لهم وتـختلف برامج تأهيل المعاقين من حـيث الحجم والتنظيم والأهداف، وقد تكون تحت إشراف جماعات تطوعية أو مؤسسات أو جمعيات خيرية.

ب- الخدمـات: ويقصـد بها خـدمات محـددة ومنظمة لاسـتعـادة قدرات الشخص المعاق وتشمل الخدمات الطبية والتربوية والنفسية والاجتماعية... إلخ.

جـ- الكوادر المتخصصة: إن نجاح برامج تأهيل المعاقين يعـتمد على تقديم الخدمات من قبل أخصـائيين ذوى اختصاصات مختلفة تكمل بعـضها البعض مثل الأخصـائى الاجتمـاعى، والأطباء، ومعـالج السمع والكلام، والمرشـد النفسى، الأخصـائى الاجتـماعى، ومعـلم التربية الخـاصة... إلخ وغـيرهم ممن يقـدمون خدمات التأهيل المتعددة.

د- البناء (العنصر المكانى): وهو البناء المحدد الذى تقدم فيه خدمات التأهيل الطبى والنفسى والاجتـماعى... إلخ للمعاق.. ومن أمثلة ذلك مـراكز التدريب المهنى، ومدراس التـربية الخاصـة، ومدارس الصم والبكم.. إلخ، وتصـميم هذه الأبنية وفقاً لما هو معروف بالهندسة التأهيلية التى تعنى بتصميم الأبنية والتجهيزات المتخصـصة آخذاً فى الاعتبـار إزالة العراقيل التى يمكن أن تعوق حـركة المعاق أو تعوق قدرته على الاستفادة من الخدمات المتخصصة التى يتلقاها فى هذه الأماكن.

هـ- الأجهزة: وهى تعتمد على طـبيعة الخدمات المقدمـة ونوع الإعاقة مثل الأجهزة الطبية بما فيها أجهزة التصوير الإشعاعى، وأجهزة فحص السمع، والنظر، والأطراف الصناعية، وأجهزة التـقييم المهنى، وأدوات التدريب... إلخ، وتوضع فى المؤسسات التأهيليـة لوائح تشمل أنواع واستعمالات الأجهـزة المختلفة بما يتفق ونوع الإعاقة.

البرامج القائمة لرعاية وتأهيل المعاقين:

تنقسم البرامج القائمة حالياً فى جمهورية مصر العربية إلى:

١- برامج تقـدم من خـلال مـعـاهد التـأهيل التى تديرها وزارة الشـئـون الاجتـماعية تطبـيقاً لأحكام القانـون رقم ٤٦ لسنة ١٩٨٢ بشأن تأهيل المعاقين ولائحته التنفيذية.

٢- برامج تقدم فى معاهد التربية الخاصة وتديرها وزارة التربية والتعليم وسوف نقتصر فى الحديث على برامج وزارة الشئون الاجتماعية سابقاً، وزارة التضامن الاجتماعى حالياً.

معاهد التأهيل:

تنقسم معاهد التأهيل التى تشرف عليها وزارة التضامن الاجتماعى إلى:

أ- مكاتب التأهيل:

الهدف الرئيسى لمكاتب التأهيل هو استقبال طالب التأهيل فى جميع الأعمار ومن مختلف الفئات وإجراء الدراسات والفحوص الاجتماعية والنفسية والطبية والمهنية والتعليمية لهم وذلك بواسطة أعضاء فريق التأهيل الذين يضمهم المكتب وبالاستعانة بالموارد المتاحة فى المجتمع كالمستشفيات والمدارس... إلخ، كما يستفيد المكتب من هذه الموارد فى توفير الخدمات التأهيلية لهؤلاء المعاقين. وتعمل المكاتب على توفير الأجهزة التعويضية والأطراف الصناعية لطالبيها عن طريق الجهات التى تصنعها (وهى تتبع الوزارة أيضاً). وتنتشر هذه المكاتب فى جميع محافظات الجمهورية وفى بعض المحافظات يتوفر فيها أكثر من مكتب (القاهرة، والإسماعيلية، والغربية، والشرقية).

ب- مراكز التأهيل:

تعمل هذه المراكز إلى جانب إجراء الدراسات والبحوث اللازمة على طالب التأهيل على إيجاد خدمات داخل المركز فى الجوانب الآتية:

- الإعداد البدنى، والأطراف الصناعية، والتدريب المهنى، والبرامج التعليمية، البرامج الاجتماعية والإرشاد النفسى للفرد وأسرته.

وتتيح هذه المراكز خدمات الرعاية الداخلية لمن يحتاج إليها من المعاقين الذين يؤهلون بها وبعض هذه المراكز يخدم فئة واحدة كالصم أو المكفوفين.. إلخ والبعض الآخر يخدم أكثر من فئة.

جـ- المصانع الخاصة (المحمية):

والهدف من إنشاء هذه المصانع هو الاستفادة من طاقات المعاقين الذين لا يمكنهم العمل فى سوق العمل الخارجى لظروف تتصل بالعجز أو لصعوبة الحصول

على عمل، وتعمل هذه المصانع على إيجاد مرحلة انتقال بين برنامج التأهيل والعودة إلى المجتمع والاندماج فيه.

د- مؤسسات التثقيف الفكري:

هذه المؤسسات تعمل على إيجاد برامج تأهيل لحالات التخلف العقلى فى أعمار تبدأ من ٦ إلى ٢٥ سنة زمنية، وتتيح هذه المؤسسات الدراسة والفحوص للحالات وتصنيفهم وتوفير البرامج المناسبة لدى كل فئة عمرية وتشمل هذه البرامج، الجوانب الطبية والإعداد البدنى، والبرامج التعليمية، والبرامج الاجتماعية والترويحية، والبرامج المهنية، والإرشاد النفسى للفرد وأسرته، والإلحاق بالعمل المناسب.

هـ- مصانع الأجهزة التعويضية:

وتقوم هذه المصانع بتصنيع الأجهزة التعويضية والأطراف الصناعية اللازمة للمعاقين بدنياً لحالات الشلل وحالات البتر وغيرها. كما تقوم بتصنيع أنواع جديدة من هذه الأجهزة بالاعتماد على الخدمات والإمكانيات المتوفرة محلياً.

ثالثا: إعداد أخصائى التأهيل

تحتاج عملية التأهيل إلى أعداد كبيرة ذات تخصصات مختلفة فى فروع عمليات التأهيل، كالتوجيه والتدريب المهنى والإرشاد النفسى... إلخ. ويقوم عبء هذا التدريب على الكليات والمعاهد العليا للخدمة الإجتماعية والأقسام النفسية بكليات الآداب وكليات الطب وكليات التربية... إلخ.

والإعداد الصحيح لهؤلاء الفنيين يشمل الدراسة الأكاديمية النظامية والتدريب العملى الطويل الأجل والتدريب القصير الأجل والبعثات الخارجية وتدريب المتطوعين.

وبهذا كله نستطيع أن نضمن الاتجاه نحو رعاية أفضل للمعاقين تحقيقاً لمبدأ تكافؤ الفرص، والحقوق المقررة فى الإعلان العالمى لحقوق الإنسان.

رابعاً: ممارسة الخدمة الاجتماعية فى البرامج التأهيلية للمعاقين

يمكن للخدمة الاجتماعية التدخل للمساهمة فى البرامج التأهيلية للمعاقين من خلال قيامها بالآتى:

- المساهمة فى تحديد البرامج التدريبية التى تقدم للمعاق بهدف تزويده بالمهارات الجديدة وإتقان المهارات القديمة لديه؛ وذلك بوضع هذه البرامج على صورة تلائم حالة المعاق وظروفه بحيث يكون المعاق منتجاً لنفسه ولمجتمعه.
- مساعدة المعاق فى الحصول على الأجهزة التعويضية إذا ما احتاج إلى استخدامها وكان لا يملك ما يمكنه من الحصول عليها.
- تتبع المعاقين للتأكد من استفادتهم من عمليات التأهيل والتدريب التى قدمت لهم وأنهم ألحقوا بعمل يتناسب مع قدراتهم ويؤكد مدى اندماجهم فى المجتمع وتحقيق أهدافه، وكذلك متابعة المعاقين الذين يلتحقون بالدراسة للتأكد من نجاحهم واستمرارهم بها.
- المساهمة فى وضع خطة تأهيلية لكل معاق تتسم بالفردية تساعد المعاق على رسم وتحديد مستقبل حياته المهنية والاجتماعية فى ضوء قدراته وطاقاته والبرامج التدريبية التى قدمت له.
- تدعيم وتقوية المراكز التأهيلية حتى تتمكن من تأدية وظائفها بفاعلية متزايدة.
- المساهمة فى إجراء البحوث التى تساهم فى تحسين مستويات أداء برامج التأهيل المهنى والاجتماعى للمعاقين، وإشباع حاجاتهم التى تحول دون توافقهم الاجتماعى بما يسهم فى تحقيق التنمية المجتمعية.

خامساً: احتياجات المعاقين فى المستقبل

١- الاهتمام ببرامج الوقاية من الإعاقة:

فالتأهيل كبرنامج إجتماعى يحاول أن يعالج الآثار المترتبة على وجود ظروف الإعاقة من أمراض وحوادث... إلخ. وفى مجتمعنا المصرى تبدو الحاجة واضحة إلى الاهتمام بالوقاية فى المستويات التالية:

أ- الإرشاد الزواجي:

من خلال توجيه الراغبين فى الزواج إلى ما لديهم من عيوب وراثية أو أمراض الدم حيث إن تلك العيوب تعتبر عاملاً هاماً فى كثير من حالات الإعاقة الخلقية كالصمم والتخلف العقلى وكف البصر . . . إلخ .

ب- الوقايه ضد أمراض الطفولة:

مثل الحصبة وشلل الأطفال والتيفوئيد، والسعال الديكى والحمى التكفية . . إلخ . ومما تجدر الإشارة إليه ما قامت به الدولة فى السنوات الأخيرة من حملات قومية لتحصين الأطفال ضد بعض أمراض الطفولة ونتج عنها انحسار بعض هذه الأمراض وانعدامها فى بعض محافظات فى الجمهورية .

جـ- الوقاية من الحوادث:

خاصة ما يقع منها للأطفال فى سن مبكرة من حوادث المنزل واللعب فى المدرسة والحضانات وما يتصل بحوادث الطريق (المرور) خاصة أمام المدارس، وحوادث العمل وغيرها .

٢- الاكتشاف المبكر للإعاقة:

وذلك بتوعية الأسرة نحو التعرف على الإعاقة فى مراحلها المبكرة خاصة فى الأطفال حديثى الولادة، وصغار السن، ومن شأن ذلك أن يمكننا من التدخل المبكر وتجنب تفاقم آثار الإعاقة .

٣- التدخل المبكر لخدمات التأهيل:

فالتأهيل يجب أن يبدأ منذ بداية العجز وبذلك يمكن أن نتجنب العديد من المشكلات النفسية والاجتماعية والتربوية، ويتطلب ذلك التعرف المبكر على وجود الإعاقة واللجوء لهيئات التأهيل بمجرد هذا التعرف .

٤- تكامل الخدمات التى تقدم للمعاقين:

فالمعاق فرد واحد تتعدد احتياجاته، لكنها تتكامل فى نظر المعاق؛ ولهذا يجب أن يحصل عليها المعاق بطريقة متوازنة وفى وقت الحاجة إليها، فوجود نظام

ناجح للتأهيل الاجتماعـى والمهنى يتطلب وجود برنامج ناجح للتوظيف ووجود وسائل مواصـلات مناسبة . . إلخ . غير ذلك؛ وبـصفه عامة فـإن المعاقين لهم حاجاتهم مثل سائر المواطنين سواء كانت حاجات تربوية أو مهنية أو إيوائية . . أو غيرها .

٥- الاهتمام الشعبى:

فرغم أن الحكومة تولى اهتمامها ورعايتها بالمعاقين إلا أن هذا المجال مازال يفتقر إلى وعى المواطنين بوجود هذه الفئة والعمل على مواجهة مشكلاتها بخدمات تطوعية مناسبة، وتـعديل الاتجاهات الاجتماعية السلبيـة تجاهها، بما يعطى لهذه الفئات إحساسها بالاحترام والكرامة . فالمعاقون بحاجة إلى أصدقاء بين جيرانهم، وإلى خدمات عديدة تمكنهم من الوصول إلى المدرسة وإلى العمل وإلى المؤسسة، والاندماج مع غيرهم من أبناء المجتمع والاشتراك فى الأنشطة المختلفة .

٦- ملاحظة التطور العالمى فى مجال تأهيل ورعاية المعاقين:

ذلك لأن العلم يحاول استخدام كل إمكانيـاته فى تقديم كل جديد يساعد المعاق فى حياته اليـومية مثل برنامج الهندسة التأهيلية والعمل علـى تنفيذه فعلاً للمعاقين .

٧- تغطية كافة فئات الإعاقة:

خاصة حالات الإعاقة الشديدة مثل التخلف العقلى الشديد وحالات الإعاقة المتعددة فى كافة محافظات الجمهورية .

٨- شمول كافة المراحل العمرية:

وذلك ابتداء من ميلاد الطفل المعاق وفى مرحلة الطفولة المبكرة . . . وحتى مرحلة الشيخوخة المتأخرة، وفى حالة وجود أهل وأقارب للمعاق وفى حالة عدم وجودهم وتحت أية ظروف يجب تأمين حياتهم ورعايتهم فى كل الظروف .

سادساً: المشكلات التى تواجه عملية تأهيل المعاقين و(مقترحات للتغلب عليها)

- يحتاج تأهيل المعـاقين إلى تخطيط مسبق فى ضوء إحصـائية توضح حجم المعاقين عامة، وفى كل إعاقـة بصفة خاصة. وأولى المشكلات التى تواجه العملية التأهيليـة أنه ليس هناك إحصائية يمكن الاعتماد عليـها علمياً عن حجم مشكلة المعاقين وفئاتهم وأعمارهم. وهذا يجعل من الصعب الاعتماد على البيانات المتاحة إلى جانب غياب فئات كثيرة من الإعاقة الرئيسية فيها.

- عدم وجود عداله فى توزيع البرامج والمؤسسات التأهيلية طبقاً لعدد السكان فى المحافظات المختلفة.

- عدم كفاية البرامج والمؤسسات لتغطية احتياجات المعاقين. الأمر الذى يحتـ ج إلى إعادة لدراسـة الوضع الحالى بحيث تغـطى كل محافظة بالنوعـيات المتخصصـة لجميع فئات المعاقـين طبقاً للدراسة العلمية التى تسـتقرأ منها المؤشرات التى تحدد احتياج المحافظات.

- بالرغم من أن التشريعات الخاصة برعاية وتأهيل المعاقين فى مصر تشريعات تقدمية لاجدال فى ذلك إلا أن بنود بعضها تحـتاج لتعديلات، ووجود كثير من الصعوبات التى تعـوق تنفيذ بعض هذه التشريعات ولعـل أهمها اتجاه بعض المواطنين أنفسهم وإتجاه بعض أصحاب الأعـمال نحو مشكلة المعاقين عموماً. وهى اتجاهات لا تساير التشريعات القائمة.

- عدم كفاية الاعتمادات المالية لمواجـهة ما نص عليه القانون الخاص بالتأهيل وهو الالتزام بتنفيذ جميع الخدمات اللازمة لرعاية وتأهيل المعاقين.

هذا بالإضافة إلى:

- أن التأهيل هو إعادة تـدريب المعاق على مهارة معـينة تتناسب مع قدراته الباقية، فهى عملية هجر أمر مألوف إلى أمر آخر غير مألوف؛ مما قد يؤدى إلى مقاومة المعاق تمشياً مع النزعة العامة للفرد ومقاومة التغيير.

- عدم وجود مـقاييس مقننة تقيس قدرات المعـاق سواء عند التأهيل المهنى كعملية تستـهدف اختيار المهنة المناسبة للفرد أو عند التوجـيه المهنى كعملية تستهدف اختيار الفرد المناسب لمهنة بعينها.

مقترحات للتغلب على المشكلات التي تواجه عملية تأهيل المعاقين:

١- للتغلب على مشكلة عدم وجود إحصاءات عن المعاقين يمكن الاعتماد عليها، يقترح وضع نظام بالاتفاق بين وزارتى التضامن الاجتماعى والصحة، والجهاز القومى للتعبئة العامة والإحصاء للقيام بمسح شامل لحالات الإعاقة على اختلاف أعمارهم وفئاتهم؛ لكى يمكن الوصول إلى الأرقام التى تحدد منطلق التخطيط العلمى لرعاية وتأهيل المعاقين الحالية، وتعطى مؤشرات لوضع خطة مستقبلية لمواجهة الأعداد المتزايدة منهم فى ضوء الزيادة المتوقعة منهم بالنسبة للزيادة فى عدد السكان.

٢- إنشاء معهد لدراسات وبحوث التأهيل الاجتماعى خصوصاً بعد أن أصبح تنفيذ مشروعات التأهيل التزاماً من الدولة قبل المعاقين من مختلف الأعمار والفئات، كما أصبح التأهيل حقا لكل مواطن، على أن يقوم هذا المعهد بإجراء البحوث وتحديد مستويات الخدمة، وتنظيم البرامج والدورات التدريبية وعقد المؤتمرات، كما يكون هذا المعهد مركزاً للتوثيق لكل ما ينشر عن تأهيل المعاقين والبحوث الخاصة بهم، ويمكن الحصول على معونة الأمم المتحدة ورجال الأعمال لإنشاء هذا المعهد.

٣- تفعيل خدمات الإدارة العامة لرعاية وتأهيل المعاقين بوزارة التضامن الاجتماعى (وزارة الشئون الاجتماعية سابقاً)، وذلك بمساعدتها على وضع الإطار العام لسياسة التأهيل والتخطيط لمشروعات التأهيل وموالاة التنفيذ بالاشتراك مع الإدارة المحلية.

٤- بالنسبة لمشكلة عدم كفاية الاعتمادات المالية فالأمر يستلزم:

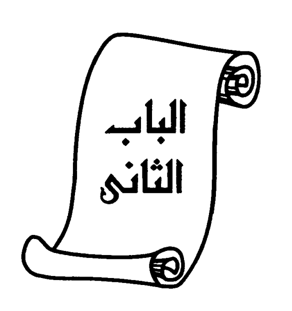
أ- زيادة اعتمادات الوزارة لهيئات التأهيل، والتى لوحظ زيادتها بنسبة طفيفة جدا لا تتناسب والأعداد المتزايدة من المعاقين والخدمات التأهيلية اللازمة لهم.

ب- حث أجهزة الحكم المحلى على إدراج إعانات لهذه الهيئات فى ميزانيات المحليات.

جـ- وجوب تعديل القانون ٨٢ لسنة ٢٠٠٢ تعديلاً جذريا يتناسب مع الواقع المصرى والسياسات التقدمية فى الاقتصاد الحر وسياسات الخصخصة وما يتبعها من زيادة وتوسع فى النشاط الأهلى وفى المجالات المختلفة وخاصة الفئات الأكثر احتياجاً فى المجتمع، وعلى رأسهم المعاقون.

٥- العمل على تصميم مقاييس محليه مقننة أو تعريب بعض المقاييس الأجنبية التى تقيس قدرات المعاق عند التأهيل المهنى، وتدريب الأخصائيين عليها.

٦- تكوين رأى عام مستنير تجاه المعاقين ورعايتهم وتأهيلهم بين المواطنين على اختلاف طبقاتهم.



بعض فئات المعاقين

الفصل الثالث: المتخلفون عقلياً

الفصل الرابع: المكفوفون

الفصل الخامس: الصم وضعاف السمع

الفصل الثالث

المتخلفون عقليا

أولاً: تعريف التخلف العقلى

ثانياً: تصنيفات التخلف العقلى

ثالثاً: أسباب التخلف العقلى

رابعاً: السمات الشخصية للمتخلفين عقليا

خامساً: كيفية التعرف على التخلف العقلى فى مختلف المراحل العمرية

سادساً: المشكلات التى تواجه المتخلفين عقليا

سابعاً: الوقاية من التخلف العقلى

ثامناً: الرعاية والخدمات المختلفة المقدمة للمتخلفين عقليا

تاسعاً: التنظيمات والأجهزة القائمة على رعاية المتخلفين عقليا فى مصر

عاشراً: الإتجاهات الحديثة فى رعاية المتخلفين عقليا

حادى عشر: بيان ببعض المؤسسات التى تقوم برعاية المتخلفين عقليا بالقاهرة

أولاً: تعريف التخلف العقلى

يرتبط مفهوم الضعف العقلى Mental Deficiency أو التخلف العقلى Retardation بمفهوم الذكاء، ويمثل بصفه عامة الطرف الأدنى من توزيع الذكاء، ويدل على نمو غير كاف للقدرات العقليه لا يساعد على التعلم المعتاد، كما يدل من ناحية أخرى على دونية subnormality القدرات اللازمة للتوافق والبقاء فى وسط بيئى وثقافى معين.

ولا يشير الضعف العقلى على «مرض» عقلى، فالضعف العقلى ليس مرضا، وهو حالة تلازم الفرد منذ طفولته ويكون فيها نموه العقلى أبطأ من نموه الجسمانى، أى أن سنه العقلى يكون أقل من سنه الزمنى، وقد يلازم الضعف العقلى مرضا عقليا إذا ما صادف الفرد ظروفا تحول دون تكيفه النفسى والاجتماعى وتؤدى إلى مرضه العقلى، ولكن ليس معنى ذلك أن كل ضعيفا عقليا لابد وأن يصاب بمرض عقلى، فأغلب ضعاف العقول لا يعانون من الأمراض العقلية أو العصبية.

والتخلف أو الضعف العقلى له تعريفات كثيرة منها:

أنه يعنى «حالة نمو ناقص محدود فى الذكاء تجعل ذكاء الفرد مهما بلغ من العمر لا يتعدى ذكاء طفل عمره ١٢ سنة».

وكذلك هو «حالة من النقص أو التوقف فى النمو العقلى للفرد، تحدث نتيجة لمرض أو إصابة قبل مرحلة المراهقة أو قد يكون نتيجة لعوامل وراثية».

وهو يعنى «عدم القدرة على التعلم فى الفصول العادية».

ويعرف الطفل المتخلف عقليا بأنه:

«الطفل الأقل قدرة على الفهم وعلى التفكير من الأطفال العاديين، والأقل إدراكاً، والأقل استعداداً للتعلم، كما أن قدرته على التذكر وعلى التركيز محدودتان».

وعلى ذلك يمكننا أن نعرف الشخص على أنه متخلف عقلياً إذا توفرت لديه الشروط التالية:

- نقص محدد فى الذكاء العام وهو كل شخص يـقف النمو العقلى عنده مهما بلغ عمره الزمنى عند ذكاء طفل فى الثانية عشرة من عمره أو أقل، بمعنى أن يكون لديه نقص محدد فى الذكاء العام.

- هذا النقص يرجع أسـاسـاً إلى تأخر أو تـوقف فى النمو الـعقلى (الذكـاء) لأسبـاب مختلفة ليس منـها المرض العقلى، وهذا يعنى أن التـخلف العقلى يختلف تماماً عن المرض العقلى وأن التخلف لا يسببه المرض العقلى ولا ينتج عنه المرض العقلى، وأن المتـخلف عقلياً ليس بالضرورة لديـه مرض عقلى، فالتخلف العقلى شىء والمرض العقلى شىء آخر.

- يرجع التخلف العقلى لعوامل وراثية أو عوامل بيئية أو كليهما معاً.

- عدم كـفاية الشخص لأداء دوره الاجـتماعى والاقتـصادى فى الحيـاة بدرجة مناسبة لنموه ونضجه العام وبعض الحالات لا يمكنها إدارة شئونها بنفسها.

- أن يكون تخلفه العـقلى قد بدأ منذ ولادته أو فى سن مبكرة، وقبل اكـتمال البلوغ فى سن الثامنة عشرة، وأن يظل متخلفاً عقلياً عندما يبلغ سن الرشد.

- أن تكون حالته غير قابله للشفاء.

- أن يحتاج إلى الرعاية والمساعدة من الآخرين.

ثانياً: تصنيفات المتخلفين عقليا

يتسم تصنيف ضعاف العـقول كما سبق أن أوضحنا بنمو عقلى غـير طبيعى منذ الطفولة وله مظهـران أساسيان هـما الذكاء المحدد وعـدم القدرة على التكيف الاجتماعى، ويمكن تصنيف ضعاف العقول على أساس معدلات ذكائهم وعمرهم العقلى، فإننا نجد أن نسبة كل فئة منهم كالآتى:

الفئة	معدل الذكاء	العمر العقلى	نسبتهم لمجموع ضعاف العقول
المأفون (المورون)	٥١ - ٧٠	٧ - ١٠	٧٥٪
الأبله	٢٦ - ٥٠	٣ - ٧	٢٠٪
المعتوه	٢٥ فاقل	٣ فاقل	٥٪

ويقاس النمو العقلى عادة بمقاييس الذكاء لاستخراج معدل ذكاء الفرد الذى هو حصيله $\frac{\text{العمر العقلى}}{\text{العمر الزمنى}} \times ١٠٠$

ويمكن توضيح خصائص كل فئه من الفئات السابقة فيما يلى:

١- حالات الضعف العقلى البسيط: Mild Mental Subnormality:

ويطلق على هذه الفئة «المأفون» أو «المورون» Morons ومعدل ذكائهم يتراوح من (٥١- ٧٠)، وتشمل حالات الأطفال الذين لا يتجاوزون فى تصرفاتهم أو تفكيرهم أو سلوكهم عندما يبلغون أقصى درجات نموهم العقلى، من هم فى سن تتراوح ما بين سبع أو عشر سنوات من الأطفال العاديين، وتبلغ نسبتهم حوالى ٧٥٪ من مجموع ضعاف العقول بمعنى أنهم يشكلون أعلى نسبة من مجموع ضعاف العقول.

وحالات الضعف العقلى من هذا المستوى يمكن تعليمهم Educable مبادئ القراءة والكتابة والعمليات الحسابية البسيطة، ونادرا ما يستطيعون الاستمرار فى الدراسة بعد الصف الرابع أو الخامس فى الحلقة الابتدائية من التعليم الأساسى. ولكنهم يستفيدون من الآخرين، كما يمكن تدريبهم على كثير من الأعمال مثل النجارة البسيطة، والسجاد، والخيرزان، والتجليد، وتربية الدواجن، وفلاحة البساتين، والنسيج اليدوى.. إلخ. من الوظائف البسيطة، كما يتسم ضعيف العقل فئة «المأفون» أو «المورون» بأنه:

* مستقل عن الآخرين نسبياً.
* يمكنه الاعتماد على نفسه.
* متوسط الطبع.

٢- حالات التخلف العقلى المتوسط: Moderate Mental Subnormality:

ويطلق على هذه الفئة «الأبله» jumbecile ومعدل ذكائهم يتراوح بين (٢٦ - ٥٠)، وهى الحالات التى تتصرف عندما يبلغون أقصى درجات نموهم العقلى

كأطفال عاديين فى سن ثلاث سنوات إلى سبع سنوات، وتبلغ نسبتهم حوالى ٢٠٪ من مجموع ضعاف العقول، وهم عادة غير قادرين على الإفادة من الدراسة الاعتيادية فى المدارس العامة ولكن يمكن تدريبهم Trainable على العناية باحتياجاتهم الشخصية، كما يمكنهم التدريب على الأعمال المتكررة غير المعقدة التى لا تحتاج إلى تفكير عميق ولكن تحت إشراف، ويتسم ضعيف العقل من فئة «الأبله» بأنه:

* يعتمد على الآخرين نوعاً.
* يجب ملاحظته بطريق غير مباشر.
* حاد الطبع، فقد يبدو مرحاً معظم الوقت وقد يبدو حزيناً أو متوعك المزاج أو مخرباً عدوانيا.

٣- حالات التخلف العقلى الشديد: Severe Subnormality

ويطلق عليهم المعتوه Idiot ومعدل ذكائهم حوالى (٢٥ فأقل)، وهم الحالات التى تتصرف عندما يبلغون أقصى درجات نموهم العقلى كأطفال عاديين فى سن لا تتجاوز الثالثة من العمر، وهم أقل نسبة فى مجموعة ضعاف العقول فهم يبلغون حوالى ٥٪ منهم، ومن خصائصهم العقلية أنهم غير قابلين للتعليم أو التدريب للقيام بأى عمل، ولكن قد يمكن تدريبهم للتعبير عن احتياجاتهم ووقاية أنفسهم من الإصابة الجسمية، كما أنهم يكونون أكثر عرضة للإصابة بالأمراض من غيرهم ممن فى مثل سنهم؛ ولذلك فهم لا يعمرون طويلاً، وأغلبهم يحتاج إلى رعاية فى مؤسسات خاصة إذا تعذرت رعاية الأسرة له، ولهم سمات معينة مثل:

* أنهم يعتمدون على الآخرين تماماً.
* لابد من ملاحظتهم بطريقة مباشرة على الدوام.
* أنهم حادو الطبع جداً.

ثالثاً: أسباب التخلف العقلى

هناك بعض الأسباب المعروفة تؤدى للضعف العقلى، إلا أن هناك أسباباً أخرى لا تزال موضوع بحث ودراسة فى أنحاء متعددة فى مراكز البحث العلمى. ومن الأسباب الوراثية وغير الوراثية المعروفة ما يلى:

أ- الأسباب الوراثية:

ويقصد بها الأسباب أو العوامل التكوينية الأصيلة الداخلية Endigenous الناتجة عن فعل الوراثة وارتباطها بانتقال خصائص موروثه تنتقل إلى الطفل من أجداده إما مباشرة وفقاً لقوانين الوراثة، وإما بطريقة غير مباشرة بأن تحمل الجينات عيوباً تكوينية أو خللاً يؤدى إلى تلف أنسجة المخ أو عدم تمثل الغذاء، مما قد يؤثر على النمو بصفة عامة وعلى المخ بصفه خاصة، كما قد تصاب الجينات بتغيرات مرضية أثناء انقسام الخلية مما يؤدى إلى ظهور الضعف العقلى.

كذلك قد ينتقل الضعف العقلى من أب ذكى ولكنه يحمل أحد الجينات المتنحية، وذلك وفقاً لقوانين الوراثة، إذ إن الإنسان والحيوان والنبات كلها تحمل صفات وراثية سائدة وصفات أخرى متنحية، والصفات المتنحية لا تظهر فى كل جيل، وبذلك يفسر ظهور حالة ضعف عقلى فى أسرة عادية من حيث الذكاء، بأن السبب قد يرجع إلى أن الأب أو الأم أو كليهما يحمل أحد الجينات المتنحية الحاملة لصفة الضعف العقلى.

وقديما كان الاعتقاد السائد أن الوراثه هى المسئول الأول والأخير عن التخلف العقلى، ولكن اتضح بالدراسات العلمية أن هناك أسبابا أخرى، وإن كان أغلب الباحثين يقدرون أن الأسباب الوراثية مسئولة عن حوالى ٧٥٪ من حالات الضعف العقلى. . والجدير بالذكر أن كثيرا من الأطفال الذين يعانون من تخلف لأسباب وراثية يستجيبون للعلاج الاجتماعى، والتعليم والتأهيل المهنى، وهم عادة يكونون مستقرين من الناحية الانفعالية، يسهل توجيههم، طيبو العشرة.

ب- الأسباب البيئية أو الخارجية:

وهذه العوامل الخارجيه Exogenous تؤثر على الفرد منذ بدء حياته كبويضة مخصبة فى أحشاء الأم أو عندما ينمو كجنين أو أثناء الحمل أو عند الوضع أو بعد الولادة، ونوجز هذه الأسباب فيما يلى:

١- عوامل قبل الولادة:

- تناول الأم الحامل لبعض العقاقير (الأدوية) بدون استشارة الطبيب كالمضادات الحيوية والمسكنات المختلفة كالأسبرين على سبيل المثال.

- تعاطى الأم للكحوليات والمواد المخدرة.
- إصابة الأم الحامل بمرض معد يؤثر على الجنين مثل إصابتها بالحصبة الألمانى خلال الأشهر الأولى من الحمل.
- إصابة الأم بالتسمم أثناء فترة الحمل كما فى حالات تسمم الدم وزيادة نسبة الصفراء فى الدم.
- الاستخدام المتكرر للكشف والعلاج بالأشعة السينية فى الثلاثة أشهر الأولى من الحمل.
- تعرض الجنين للخطر نتيجة لصدمة أو حادث يقع للأم أثناء الحمل.
- سوء الصحة العامة، والأنيميا الحادة للأم والنقص الشديد فى الڤيتامينات أثناء الحمل. إذ وجد من التجارب التى أجريت على الحيوانات الحوامل التى حرمت من ڤيتامين (أ)، و (ب) أنها ولدت صغاراً كانت تتسم بالضعف العقلى فى تصرفاتها.
- تعرض الأم الحامل لتلوث البيئة الشديد خاصة التلوث بالرصاص والزرنيخ أو أول أكسيد الكربون الناتج عن عوادم السيارات، وأدخنة بعض المصانع، وبعض البويات والدهانات الرخيصة للجدران والأثاثات، ولعب الأطفال وهو ما يعرض الجنين للتخلف العقلى والعديد من التشوهات الخلقية.

٢- عوامل ترجع للولادة العسرة:

- اختناق الجنين عند التفاف الحبل السرى وضغطه على عنق الجنين فى بعض الولادات العسرة، ونقص وصول الأكسجين إلى المخ، حيث إن هذا النقص إذا استمر أكثر من ثلاث دقائق يؤدى إلى تلف خلايا المخ.
- جرح رأس الجنين أثناء الولادة وتلف جزء من المخ نتيجة استخدام الأجهزة أو الأدوات الطبية لتسهيل عملية الولادة مثل الجفت والآلات الساحبة، مما قد يترتب عليه تمزق بعض أنسجة الجنين وأوعيته الدموية وحدوث نزيف المخ.

- تجمع أو احتباس السائل المخى الشوكى بتجاويف المخ مما يؤثر على الجهاز العصبى ويؤدى إلى التخلف العقلى.
- الولادة المبتسرة المبكرة قبل اكتمال نمو الجنين، مما يزيد من قابليته للإصابة المباشرة بالأمراض والعدوى وضعف مناعته.

٣- عوامل مرضية فى الطفولة المبكرة:

- إصابة الطفل ببعض الالتهابات المخية والحميات الشديدة مثل الحمى الشوكية، والحمى المخية، والالتهاب السحائى.
- الحوادث والإصابات المباشرة التى تحدث عندما يسقط الطفل على رأسه بعد ميلاده أو ترتطم الرأس بجسم صلب مما ينتج عنها كسور أو شروخ فى الجمجمة مما قد يسبب تهتكاً فى أنسجة المخ وتلفا فى خلاياه.
- التسمم الذى يحدث نتيجة تناول الطفل العقاقير بطريقة خاطئة أو تناول بعض المواد الكيمائية أو التسمم بالرصاص وغير ذلك من المواد التى لها تأثير ضار.
- إهمال علاج الطفل عند إصابته ببعض أمراض الطفولة التى قد تترك أثرا فى الذكاء كالسعال الديكى والحمى القرمزية والحصبة.
- اضطرابات الغدد الصماء ونقص إفرازاتها كاضطراب الغدة الدرقية والغدة النخامية.
- نقص الفيتامينات بجسم الطفل بدرجة شديدة ولمدة طويلة.
- كذلك قد يؤدى تعرض الطفل - بعد ميلاده - للتخلف العقلى فى حالات الاختناق الناتجة عن ارتفاع ضغط الدم.

هذا وتجدر الإشارة إلى أن الطفل الذى يعانى من تخلف عقلى لأسباب بيئية يستجيب للعلاج الطبى أكثر من العلاج الاجتماعى، ويوصف سلوكه بعدم المرونة وعدم التنظيم وضعف القدرة على المحاكاة، والفشل فى إدراك علاقات الشبه والاختلاف بين الأشياء، وانخفاض الاستعداد للنضج الاجتماعى والنشاط الحركى

الزائد وعدم الاستقرار الانفعالى، والفشل فى تكوين علاقات اجتماعية مع الآخرين وصعوبة توجيهه وضبط سلوكه.

رابعاً: السمات الشخصية للمتخلفين عقلياً

فيما يلى السمات الشخصية والمظاهر العامة للتخلف العقلى مع ملاحظة أنها لا توجد كلها فى حالة واحدة، وهى تزداد عند أقصى درجات الضعف العقلى وتقل حدتها فى الحالات البسيطة، كما أنه يوجد قدر من التباين بين ضعاف العقول والأسوياء فى هذه السمات، وهذه السمات هى:

١- السمات الجسمية:

تؤكد نتائج البحوث التى أجريت على ضعاف العقول الذين يودعون فى المؤسسات بأنهم:

- أقل من المستوى العادى من حيث الصحة العامة والقابلية للإصابة بالأمراض.
- أقل من المستوى العادى فى النمو الجسمى فهم أدنى من المستوى العادى من حيث الطول والوزن، مع عدم التناسب بين الوزن والطول.
- لديهم شذوذ فى شكل الرأس وشذوذ فى شكل العينين والأذنين.
- يعانون من الاضطرابات الجلدية.
- لديهم قابلية للإصابة بالأمراض الصدرية والأمراض المعدية.
- تشيع بينهم الكثير من النقائص الحسية ولوحظ أن كثيرا منهم يعانون من الصمم ولديهم فقدان أو ضعف فى حاستى الشم والتذوق ولذلك قد يلتهمون كل ما يصادفهم دون تمييز.
- لديهم نقص فى حجم ووزن المخ عن المتوسط الطبيعى للعاديين.
- البلوغ يكون مبكراً إلا أن هناك ضعفا واضطرابا فى النشاط الجنسى.
- شيوع النقائص الكلامية وعيوب النطق والكلام بينهم.

- تزداد نسبة الوفيات فيما بينهم عن أمثالهم من العاديين، وكلما انخفض المستوى العقلى لضعاف العقول نقص مستوى أعمارهم، ويرجع هذا إلى ظروفهم الصحية الأقل من المستوى العادى.

٢- السمات العقلية:

- نقص نسبة الذكاء عن ٧٠ فى أحسن الحالات.
- بطء معدل النمو العقلى.
- ضعف القدرة على الكلام والتذكر والانتباه والتركيز والإدراك والتعميم والتخيل والتصور والتفكير والفهم وضعف التحصيل أى ضعف فى جميع القدرات العقلية.

٣- السمات الانفعالية والنفسية:

تعانى هذه الفئات من الاضطرابات الانفعالية والنفسية والتى منها على سبيل المثال:

- تقلب المزاج وسوء التوافق والاستقرار الانفعالى حيث نجد منهم بطيئى الانفعال وسريعى الانفعال.
- القابلية للاستهواء والانقياد والتبعية.
- عدم القدرة على تحمل القلق والإحباط.
- نوبات عدوانية فى بعض الأحوال.
- يتسم غالبيتهم بالخجل والخوف والأنانية والانسحاب والاعتماد على الآخرين وسهولة الاستثارة والعصبية والتسرع والنشاط الزائد.
- أحياناً تبدو لديهم مخاوف مرضية من بعض الحيوانات ومن الظلام.

٤- السمات الاجتماعية والأخلاقية:

- انخفاض المثل والقيم الاجتماعية، واقتراب رغباتهم من المستوى الغريزى.

- عدم القدرة على التحكم فى الرغبات وأحياناً الاندفاع دون تعقل لإشباع هذه الرغبات، وهذا ما يفسر وجود الانحراف الجنسى بينهم.
- عدم القدرة على التعامل مع الغير وتكوين علاقات اجتماعية معهم.
- عدم القدرة على تحمل المسئولية.
- الميل إلى مشاركة ومصاحبة الأصغر نسبياً.
- ضعف الإرادة نتيجة لقابليتهم للاستهواء والانقياد؛ لذلك يسهل التأثير عليهم واستخدامهم فى أعمال انحرافية ويساعد على ذلك عدم تقديرهم للمسئولية.
- عدم القدرة على التعامل مع المشكلات التى تعترضهم مما يجعلهم يميلون إلى الانسحاب أو العدوان نتيجة لإحساسهم بالإحباط والفشل.
- عدم قدرته على القيام بأدواره وعدم شعوره بذاته وقيمه والاضطراب والتردد بصفة عامة فى التعامل مع المواقف المختلفة.

خامساً: كيفية التعرف على التخلف العقلى فى المراحل العمرية المختلفة

يمكن الاعتماد على الملاحظة العابرة فى التعرف على المتخلفين عقلياً، وفيما يلى بعض العلامات المساعدة فى المراحل العمرية المختلفة:

١- فى مرحلة الطفولة المبكرة:

- تأخر الطفل فى (الجلوس، المشى، النطق، التسنين، ضبط العمليات الإخراجية).
- عجز فى الانتباه أو الرغبة فى الاستطلاع مع درجة من التبلد.
- عادات وتصرفات ثابتة هى طابع المراحل السابقة من عمر الطفل ولا تتناسب مع ما وصل إليه الطفل من نمو.

٢- فى سنوات الدراسة (مرحلة الطفولة المتأخرة):

- تقدم بطىء فى التعليم ليس له ما يبرره من ظروف أو أسباب تدعو لذلك.

- تكرار الرسوب أو الفشل فى التحصيل الدراسى فى المرحلة الابتدائية.
- عدم القدرة على اتباع التوجيهات البسيطة.
- اتجاه شبه دائم لمصاحبة أطفال أصغر سناً.

٣- فى سنوات الرشد (البالغين والكبار):

- الفشل فى تحمل المسئولية تجاه نفسه وتجاه أسرته.
- عدم الاهتمام بالحصول على عمل وفشله فيه فى حالة الحصول عليه، وعدم قدرته على الاحتفاظ بالعمل أو الاستمرار فيه.
- نزعات طفلية وعدم القدرة على التركيز أو تتبع المناقشة.
- عدم التمييز بين المواقف المختلفة الهامة منها أو غير الهامة.
- التردد وعدم القدرة على اتخاذ أى قرار.

سادساً: المشكلات التى تواجه المتخلفين عقلياً

وهى تنقسم إلى مشاكل ذاتية وأخرى بيئية وهى:

أ- المشاكل الذاتية:

وهى ترتبط بسمات المتخلفين عقلياً السابق ذكرها والتى منها صعوبة الفهم والإدراك، ونقص جميع العمليات والقدرات العقلية، بالإضافة إلى المشكلات الناتجة عن الاضطرابات النفسية والانفعالية، وكذلك المشكلات الناتجة عن سماتهم الجسمية والاجتماعية، ويمكن توضيحها فيما يلى:

(١) صعوبة الفهم والإدراك ونقص جميع العمليات العقلية بما فيها التخيل والتذكر والتعميم والتركيز والإدراك وضعف التحصيل.

(٢) سهولة الاستهواء وعدم القدره على تحمل المسئولية والقابلية للتبعية.

(٣) الاضطراب الانفعالى ونوبات العدوان أو الانطواء وضعف الثقة بالنفس.

ب- المشاكل البيئية:

١- المشكلات التعليمية:

وفقاً للتحديد السابق لتصنيفات التخلف العقلى فإننا يمكن أن نحدد هذه الفئات فى أشكال ثلاثة وفقاً لقابليتها من البرامج التعليمية وهى:

- فئة قادرة على تعلم المهارات الدراسية الأساسية كالقراءة والكتابة والحساب، بشرط أن يكون تعليمهم بطرق خاصة غير طرق التدريس للعاديين وهم فئة «المأفون» أو «المورون».
- فئة قادرة على الاستفادة من التدريب على مهارات يدوية معينة تتفق واستعداداتهم بحيث يراعى فى التدريب إمكانياتهم المحدودة، كما يمكن تعليمهم بعض العادات الصحية وعادات أمن أولية، وتمثل هذه الفئة فئة «الأبله».
- فئة غير قادرة على الاستفادة من أى برامج تعليمية أو تدريبية إلا فى نطاق ضيق ومحدود جداً لا يزيد عن تعلم كيفية الأكل والمشى وبطريقة بدائية وهى فئة «المعتوه».

ومن هنا نجد أن ضعاف العقول منهم من يحتاجون لنوع معين من المدارس وأسلوب خاص فى التعليم وأدوات ووسائل تعليمية خاصة، وآخرين لا يجب أن نركز معهم على التعليم، بل يحتاجون إلى تدريب من نوع معين، وفئة تحتاج فقط لتعلم بعض العادات اليومية السليمة. هذا، وتوجد فئة أخيرة وتتمثل فى حالات العزل وهى الفئة غير القادرة على التعليم أو على التدريب أو حتى رعاية نفسها.

٢- المشكلات الاقتصادية:

وهى من المشكلات التى تواجه ضعاف العقول وأسرهم وتتمثل فى صعوبة إيجاد الأعمال التى توفر لهم الدخل الملائم فيصبح الفرد منهم عالة على الأسرة ومن ثم على المجتمع، ولهذا يجب تدريبهم على أعمال مفيدة لكسب العيش وذلك بشرط الإشراف المصحوب بالصبر والعطف والرغبة فى مساعدتهم، وبشرط

آخر أن تكون الأعمال ليست بحاجة إلى ابتكار أو تصرف أو تغيير فى سير العمل مثل (شراء بعض الأشياء، المساعدة المنزلية، تعلم حرفة معينة كالسباكة أو الحدادة أو النجارة أو أشغال التريكو . . . إلخ).

وهؤلاء الأفراد يزيد إنتاجهم إذا كانوا فى جماعة عن لو كانوا فى عزلة خاصة، ولكنهم يحتاجون لمن يرسم لهم خطة الكسب والعمل وتنظيم الميزانية لهم ومباشرة مصالحهم الخاصة.

ومعظم الحالات وخاصة من فئة «المورون» لو وجدت الرعاية المناسبة لاستطاعت النجاح فى التدريب المهنى حتى تعول نفسها وأحياناً أسرها بشرط الرعاية والإرشاد من الآخرين. أما ضعاف العقول من فئة «الأبله» فإنهم يمكنهم أداء بعض الأعمال اليدوية البسيطة والآلية والتى لا يكون فيها تصرف أو تغيير فى الحركة، وعموماً فإنهم يعجزون عن كسب عيشهم لعجزهم عن الإنتاج المادى الكافى.

٣- المشكلات الاجتماعية:

وهى كثيرة ومتعددة وتبدأ مع الأسرة الصغيرة، وتتمثل فى صعوبة تكوين العلاقات مع الأشقاء أو الوالدين فضلاً عما يتسبب لأفراد الأسرة أنفسهم من شعور بالذنب أو العار نظراً لإصابة أحد أفرادها بالضعف العقلى، هذا فضلاً عن صعوبات المشاركة فى اللعب أو تعلم القيم المرغوب فيها، وبطبيعة الحال تزداد هذه المشكلات عند الانتقال بعد ذلك إلى المدرسة أو المصنع.

٤- المشكلات القضائية:

وهى فى الحقيقة خطيرة نظراً لأن ضعيف العقل إدراكه محدود، وليس له بعد نظر، هذا بالإضافة إلى سهولة الانقياد والاستهواء. فالمجرمون يستخدمونهم كوسائل لتنفيذ الجرائم مثل السرقة وحمل حقائب المخدرات أو استغلال الفتيات فى الدعارة. . . إلخ، وهؤلاء يجب ألا يعاملوا بنفس المستوى من المسئولية الجنائية مثل غيرهم من الأسوياء، كما يجب إصدار التشريعات اللازمة لحمايتهم من أخطار الخارجين على القانون وتخفيف مسئوليتهم الجنائية.

سابعاً: الوقاية من التخلف العقلى

نظراً لأهميـة ما يجب أن يبـذل من جهود وقـائية على مسـتويات مخـتلفة لحماية الطفل من التخلف العقلى، نعرض هنا لبـعض أهم الإجراءات الوقائية فيما يلى:

١- الكشف المبكر عن الحـالات الأكثر عـرضة للتخلف العـقلى من الأجنة والأطفال قبل الولادة وأثـناءها وبعدها مثل حالات اضطرابات التـمثيل الغـذائى، واختـلاف فصـائل الدم عن الزوجين، وحـالات التسـمم، وإصابة الأم ببعض الأمراض المعـدية.. إلخ، واتخاذ ما يلزم للسيطرة على هذه الأسباب.

٢- تعميم مكاتب الفحص الطبى الإجبـارى للمقبلين على الزواج، لتقديم الاستـشارات الوراثيـة واكتـشاف الصـفات الوراثيـة لديهم، والتوعـية بمخاطر الأمراض الوراثية وزواج الأقارب... إلخ.

٣- تحصين الزوجات قـبل الحمل بفترة كافية ضـد الأمراض المعدية التى قد تصـيب الأم أثناء الحمـل، والعناية بصحـة وغـذاء الأم الحامل وعـدم تعريضها للأشعة والتلوث... إلخ.

٤- توعية السيدات الحوامل بأسباب الإعاقة العقلية وطرق الوقاية منها.

٥- الاهتمام بغذاء الأطفال ورعايتهم صحـياً وتحصينهم فى المواعيد المحددة لذلك.

٦- الاهتـمام برعـاية الأسر فى الأحـياء الفـقيـرة والعشـوائية والمحـرومة ومساعدتهم فى الحصول على الاحتياجات الأساسية.

ثامناً: الرعاية والخدمات المختلفة المقدمة للمتخلفين عقلياً

لما كان التـخلف العقلى مـشكلة متعـددة الجوانب فإنه لا يكـفى لتصنيفـها وتشخيـصها وتقديم ألوان الرعاية المخـتلفة بالاعتماد على جـانب واحد فقط؛ لذا فهى تعتمد على فريق من الإخصائيين يعمل بشكل متكامل بهدف:

أ- جمع البيانات عن ضعيف العقل بما يمكنهم من إصدار حكم على تخلفه العقلى.

ب- وصف نوع الخدمات والرعاية التى يحتاجها والتخطيط لها.

جـ- تقديم الرعاية اللازمة.

هذا، وتجدر الإشارة إلى أن هذا الفريق لا ينضم إلى عضويته أى متخصص مهنى إلا بعـد أن يكون قد درس بشكل واف مـا يسمى بعلم التخلـف العقلى من زاوية تخصصـية دراسة أكاديميـة مع توافر تدريبه العملى قـبل أن ينضم إلى فريق الأخصائيين. وتتمثل ألوان الرعاية التى تقدم لضعاف العقول فيما يلى:

١- الرعاية النفسية:

ويقـوم بهـا الأخـصـائى النفـسى ودوره بشـكل عـام يتلخص فى إجـراء الاختبارات النفسية واختبارات الذكاء وإجراء المقابلات لجمع المعلومات عن الطفل، وجمع الملاحظات التى تفيد فى تشخيص مستـوى النمو الذهنى وسمات الشخصية والمهارات الحركية، ووضع الخطة المنـاسبة للعمل والتعامل معه وفقـاً لسمات الفئة التى ينتمى إليها.

٢- الرعاية البدنية والطبية:

غالباً ما يؤدى التخلف العقلى إلى ضمور عـضلات العقل وتيبسها وضعف مهـاراته الحركية وانحـراف قوامه. ومن هنا تأتى الرعـاية البدنية التى تتم بمعـرفة متخصصين لوقايتهم من الترهل الجسمى ومساعدتهم على تنمية مهاراتهم البدنية بما يساعدهم على الحركـة والمشى بطريقة سليمة، كذلك الاهتمـام بغذائهم ورعايتهم صحياً من خلال علاجهم من الأمراض التى يتعرضون لها ووقايتهم وتحصينهم ضد الأمراض، حيث إنهم سريعو العدوى نظراً لضعف مناعتهم.

٣- الرعاية التعليمية:

تأسس أول معهد للتربيـة الـفكرية بالدقى عام ١٩٥٦ للأطفال الذين تتراوح معامـلات ذكائهم بين (٥٠ و ٧٠ درجة)، وعنيت الوزارة بإرسال بعـثات لإعداد الكوادر اللازمة للتـعامل مع المعاقـين وتعليمهم، وأنشـأت الوزارة فى عام ١٩٦٤ إدارة للتربية الفكرية تتبع الإدارة العامة للتـربية الخاصة، ومنذ ذلك الحين أخذ عدد

مدارس التربية الفكرية فى التزايد حتى بلغ عام ٩٥ - ١٩٩٦ ثمان وسبعين مدرسة بالإضافة إلى ستة وثلاثين فصلاً ملحقة بمدارس العاديين، وتغطى هذه المدارس والفصول خمسا وعشرين محافظة كما تستوعب ٩٤٤٤ تلميذاً.. وما زالت تفتح العديد من المدارس لاستيعاب المزيد من الحالات.

ويقبل المتخلفون عقليا بمدارس التربية الفكرية أو فصولها (النظام الداخلى أو الخارجى) فى العمر الزمنى من ٦- ١٨ سنة بشرط أن يكون معدل ذكائهم يتراوح بين (٥٠، ٧٥ درجة) وألا يوجد لديهم إعاقات أخرى تحول دون إفادتهم من البرنامج التعليمى، وقضائهم فترة تحت الملاحظة لا تقل عن أسبوعين، واجتياز الاختبارات النفسية والفحوص الطبية اللازمة.

وتنقسم مدة الدراسة بهذه المدارس والفصول إلى ثلاث فترات؛ أولها فترة تهيئة مدتها عامان لمن تتراوح أعمارهم الزمنية بين (٦ و ١٠ سنوات) وتشمل تدريبات عقلية وحسية وحركية ويدوية وفنية، ثم ينتقلون إلى الفترة الابتدائية ويلتحق بها من تتراوح أعمارهم الزمنية بين (٨ و ١٨ سنة) وتتضمن الدراسة خلالها تعلم مبادئ القراءة والكتابة، إضافة إلى بعض المواد الثقافية والأنشطة العلمية الرياضية والفنية، أما الفترة الثالثة فتخصص للإعداد المهنى ومدتها ثلاث سنوات، ويلحق بها من تتراوح أعمارهم الزمنية بين (١٤ و ٢٢ سنة) وتهدف إلى الكشف عن استعداداتهم المهنية وتنميتها بالتدريب المناسب، ويمنح الخريجون من أقسام الإعداد المهنى شهادة مصدقة بإتمام الدراسة فيها.

٤- الرعاية المهنية:

وتعنى تأهيل المتخلفين عقليا للحياة العملية ومساعدتهم على إعالة أنفسهم وفى بعض الحالات يمكنها إعالة أسرتها؛ وذلك بمساعدتهم على اختيار الحرفة المناسبة لقدراتهم وإمكانياتهم الجسمية والعقلية والنفسية. هذا، ويتم تشغيل الطفل فى بداية تعلمه فى مراكز مهنية حتى تصقل مهاراته وقدراته الحرفية.

وتعد فئة المورون من الفئات التى يمكن تدريبها لممارسة بعض الحرف كما سبق أن أوضحنا ومنها صناعة الخيرزان، والنسيج، والسجاد، والخياطة، وصناعة

الخزف، والتريكو، والموسيقى... إلخ، مع تطبيق المبادئ التربوية والنفسية عند تأهيل ضعاف العقول والتى منها:

- خلق الدافعية لديهم عن طريق ربط التأهيل باهتمامات وميول ضعاف العقول وتشجيعهم باستمرار.
- التدريب المتكرر حتى تثبت المعلومات لديهم نظراً لأنهم سريعو النسيان.
- الالتجاء إلى التدريب على فترات قصيرة وموزعة حتى يمكنهم الاستمرار فيه.
- الاهتمام بتكوين العادات المتصلة بالعمل أثناء العمل.

٥- الرعاية الاجتماعية:

ويقوم بتقديمها الأخصائى الاجتماعى ويتعامل فيها مع الأنساق الآتية (ضعيف العقل وأسرته، ومع جماعات ضعاف العقول، ومع مجتمع المعاقين وأسرهم ومع المؤسسات التى ترعى ضعاف العقول).

أ- الخدمات الاجتماعية مع نسق المتخلف عقلياً وأسرته:

- مساعدة الوالدين مع تقبل حالة الطفل مع بذل الجهود المهنية لتقليل مشاعر الذنب والعار التى قد تعتريهم.
- العمل على تشجيع الوالدين على إلحاق الطفل بمدارس التثقيف الفكرى فى محاولة لاستغلال القدرات العقلية المتاحة.
- توجيه الوالدين لأسلوب معاملة الطفل وتعريفها باحتياجاته الخاصة فى العمليات التعليمية البسيطة وفى الاعتماد على أنفسهم فى الملبس والمأكل، وممارسة الأعمال التى لا تحتاج إلى ذكاء.
- العمل على مساعدة ضعيف العقل على التدريب والتأهيل المهنى وإتاحة الفرصة لإلحاق من يمكنه العمل منهم بالأعمال التى تناسبهم وفقاً لقدراتهم.
- حماية ضعيف العقل من المشكلات القضائية التى يتعرض لها ويقوم الأخصائى الاجتماعى هنا بدراسة الحالة من الناحية الاجتماعية وتقديم

التقارير الاجتماعية للطبيب النفسى المسئول وقاضى التحقيق من أجل تخفيف العقوبة والمسئولية الجنائية.

- تشجيع الأسرة والطفل على شغل وقت فراغه بالأسلوب الذى يتلاءم وقدراته ويعدل من عاداته فى المشى والكلام والغذاء والتعامل مع الغير، وتشجيع الإخوة الأسوياء على تقبله ووضع خطة لإشراكهم فى مساعدته واللعب معه.
- مساعدة المعاق فى التغلب على المشكلات التى تعترض تعليمه وتأهيله المهنى وتذليل الصعوبات المختلفة التى تعترض استقرار حالته ولمنع تدهور الحالة.
- متابعة المتخلف عقليا باستمرار وتشجيعه على الاستمرار فى التقدم فى حدود قدراته العقلية، حتى وإن كان هذا التقدم لا يزيد عن مجرد اتباع العادات الصحية السليمة فى الأكل وغيره.

ب- الخدمات الاجتماعية مع نسق جماعات المعاقين:

وتتمثل فى إشراك المتخلفين عقليا فى جماعات متجانسة قدر الإمكان (أى متقاربة فى السن والجنس ومستوى الذكاء) وذلك لمساعدتهم على:

- ممارسة بعض البرامج التعليمية البسيطة داخل المؤسسة.
- شغل أوقات فراغهم عن طريق ممارسة الأنشطة المحببة لديهم.
- إكساب المتخلف عقليا العادات الصحية والغذائية المختلفة مثل:

ترتيب المكان الذى ينام فيه، تعلم آداب المائدة، الاشتراك فى تنظيف وتنظيم العنبر، غسل الأيدى قبل الأكل وبعده... إلخ.

- تدريب الطفل تدريجياً على ممارسة صناعات بسيطة لا تحتاج إلى مهارات أو ذكاء من خلال الورش الموجودة فى المؤسسة.
- توفير الحماية لهم من خلال العناية بالوجبات الغذائية المقدمة لهم وتنبيه المسئولين لضرورة العمل على نظافتهم خاصة فى حالات الضعف العقلى التى يصحبها عدم القدرة على التحكم فى التبول.

جـ- الخدمات الاجتماعية مع نسق المؤسسة ومجتمع المعاقين وأسرهم:

- إجراء البحوث التقويمية لمؤسسات رعاية ضعاف العقول لتحسين الخدمات المقدمة وتلافى القصور فى برامج وخدمات الرعاية.
- رفع كفاءة المؤسسة عن طريق تنظيم دورات تدريبية للعاملين بالمؤسسة، والعمل على زيادة إمكانات وموارد المؤسسة.
- العمل على توعية أسر أبناء المعاقين فى المؤسسة للوقاية من التخلف العقلى والكشف المبكر للتخلف العقلى وكيفية التعامل مع أبنائهم ورعايتهم.
- تخطيط وتنفيذ المعسكرات والرحلات الخاصة بضعاف العقول والتى تتمشى مع قدراتهم العقلية للترفيه عنهم ولضمان عدم انعزالهم عن المجتمع.

تاسعاً: التنظيمات والأجهزة القائمة على رعاية المتخلفين عقلياً فى مصر

توجد العديد من الأجهزة والتنظيمات حكومية وأهلية ومشتركة تتولى رعاية المتخلفين عقلياً ومنها:

١- التنظيمات والأجهزة التابعة لوزارة التربية والتعليم:

أنشأت وزارة التربية والتعليم فصولاً للتربية الفكرية عام ١٩٥٦ ملحقة بالمدارس العادية، صادفتها العديد من الصعوبات، ثم قامت بإنشاء مدارس خاصة للمتخلفين عقليا يطلق عليها (مدارس أو معاهد التربية الفكرية) تابعة لإدارة التربية الفكرية بالوزارة وهى منتشرة فى محافظات الجمهورية وتقبل الأبناء الذين تتراوح نسبة ذكائهم بين (٥٠، ٧٠ درجة) ولها برامجها الخاصة التى سبق أن أوضحناها تفصيلاً فى الرعاية التعليمية.

٢- التنظيمات والأجهزة التابعة لوزارة التضامن الاجتماعى:

أنشأت وزارة التضامن الاجتماعى من مؤسسات التثقيف الفكرى تقبل من تتراوح نسبه ذكائهم من (٥٠ إلى ٧٠ درجة) وتتبع هذه المؤسسات وتشرف عليها الإدارة العامة للتأهيل الاجتماعى بالوزارة، كما يوجد إلى جانب ذلك مركز التدريب بالمطرية وقد أسندت إدارته لجمعية التنمية الفكرية منذ عام ١٩٧٦، وألحق

بهذا المركز، مـركز استقبـال يعرف باسم مركز التوجـيه النفسى والتأهيل ومهـمته استـقبال جمـيع المتقدمين للالتـحاق بمؤسسـات التثقيف الفكرى، وتجـرى عليهم الفحوص النفسيـة وتشخيص الحالات وتصنيفها ثم إرسالهـا للإدارة العامة للتأهيل التى تعتمد الترشيح، ثم تمنح كل حالة فى نهاية تدريبها شهادة تأهيل ثم مساعدتها على الالتحـاق بالعمل ومتابعـة الحالة حتى تتـمكن من الاستقرار فى جـو العمل الخارجى.

٣- التنظيمات والأجهزة التابعة لوزارة الصحة:

وهذه التنظيمـات والأجهزة تتـبع فى العادة الإدارة العامة لـلصحة النفسـية والعقلية بالـوزارة، وهى تقدم خدماتها من خـلال العيادات النفسـية ومستشـفيات الأمراض العـقلية، وهى تـقبل ضعـيف العقل بمسـتشـفيـات الأمراض العقـلية، الراشدون الرجال بأقسام الرجال والأطفال والنساء بأقسام النساء.

وتوجد نسـبة غيـر قليلة من المتخلفيـن عقلياً يعـانون من اضطراب صرعى يعالجون إما فى العيادة النفسية الخـارجية إذا كانت حالتهم تسمح بذلك أو يعالجون بالقسم الداخلى بمستشفيات الأمراض العقلية.

هذا إلى جانب الهيئة العليا لرعاية وتأهيل المتخلفين عقليا والتى أعيد شهرها تحت مسمى جمعية التنمية الفكرية عام ١٩٦٨.

عاشراً: الاتجاهات الحديثة فى رعاية ضعاف العقول

فيـما يلى عرض لأهم الاتجـاهات الحديثة فى رعـاية ضعاف العـقول وهى خاضعه للتطور والتغير وفقاً لما يحـدث من تقدم فى ميدان رعاية المتخلفين عقليا، وهى على سبيل المثال لا الحصر:

١- الاكتشاف المبكر للحالات لما قد يكون لذلك من أثر فى تحسين الحالة أو تجنبا لمزيد من التدهور.

٢- التركيز عل تحسين الظروف البيئية لما قد تحدثه من آثار تقدمية مثل توفير الفرص التعليمية داخل الأسرة وتقبل الأسرة لضعيف العقل وتشخيصها له... إلخ.

٣- اكتشاف وتنمية القدرات الاستثنائية عند بعض ضعاف العقول مثل (الموسيقى والقدرات الإبداعية . . . إلخ).

٤- الدعوة إلى تعقيم ضعاف العقول تجنباً لاتساع حجم المشكلة فى المجتمع، ولحسن الحظ أن فئة «المورون» وهى الفئة التى تستطيع الزواج والإنجاب معظمهم لا ينجبون بعد الزواج.

٥- تشجيع ضعاف العقول على العمل والإنتاج وفقاً لقدراتهم.

حادى عشر: بيان ببعض المؤسسات القائمة على رعاية المعاقين فى القاهرة

* مؤسسة التثقيف الفكرى بحدائق القبة وهى خاصة برعاية البنين من فئة «المورون» الذين تتراوح أعمارهم بين ٧ - ١٣ سنة.

* مؤسسة التثقيف الفكرى بحلمية الزيتون وهى خاصة برعاية البنين أيضا من فئة «المورون» الذين تتراوح أعمارهم بين ١٣ - ١٦ سنة وذلك من أجل تأهيلهم مهنياً.

* مؤسسة التثقيف الفكرى بحلوان وهى خاصة برعاية الفتيات من فئة «المورون» اللاتى تتراوح أعمارهم بين ٧ - ١٦ سنة والرعاية بها شاملة وداخلية.

* وحدة التثقيف الفكرى بالجيزة وهى ملحقة بدور التربية بالجيزة وتودع بها حالات الأحداث من المتخلفين عقلياً.

* مؤسسة الرعاية الاجتماعية للفتيات بالعجوزة ويوجد بها قسم لرعاية الأحداث من المتخلفات عقلياً.

وبصفة عامة تتبع هذه المؤسسات وتشرف عليها الإدارة العامة لتأهيل ورعاية المعاقين بوزارة التضامن الاجتماعى.

الفصل الرابع

المكفوفون

أولاً: تعريف الكفيف

ثانياً: تصنيفات المكفوفين

ثالثاً: أسباب فقد البصر

رابعاً: التعرف المبكر على الإعاقة البصرية

خامساً: شخصية الكفيف

سادساً: موقف الأسرة من كفيف البصر

سابعاً: موقف المجتمع من كفيف البصر

ثامناً: بعض الأخطاء الشائعة عن المكفوفين

تاسعاً: المشكلات والقيود التى يفرضها كف البصر وكيفية مواجهتها

عاشراً: الوقاية من الإعاقة البصرية

حادى عشر: الرعاية والخدمات المختلفة المقدمة للمكفوفين فى مصر

ثانى عشر: التنظيمات والأجهزة القائمة على رعاية المكفوفين فى مصر

ثالث عشر: بيان ببعض المؤسسات التى تقوم برعاية المكفوفين

أولا: تعريف الكفيف

يشكل المكفوفون الغالبية العظمى من المعاقين فى البلاد العربية بصفة عامة، وفى مصر بصفة خاصة وهناك ألفاظ كثيرة تستخدم وتطلق على الشخص الذى فقد بصره فأحيانا تستخدم كلمة الكفيف وأحيانا أخرى تستخدم كلمة الأعمى أو الضرير أو الأكمه، كما تستخدم كلمة العاجز أوالمكفوف.

ويعرف Trousseau العمى بأنه:

«العجز عن عد الأصابع على مسافة متر واحد فى كل الظروف» وهذا التعريف هو الذى تعترف به جمهورية مصر العربية.

ويعرف الكفيف بأنه:

«الشخص الذى لا يستطيع أن يجد طريقه دون قيادة فى بيئة غير معروفة لديه، أو من كانت قدرته على الإبصار عديمة القيمة الاقتصادية أو من كانت قدرة بصره من الضعف بحيث يعجز عن مراجعة عمله العادىَ».

وهو «ذلك الشخص الذى لا يستطيع أن يرى» ومن أكثر التعريفات شيوعا ما ينص على أن «الشخص يعد أعمى» إذا ما كانت حدة إبصاره المركزية تساوى أو تقل عن $\frac{٢٠}{٢٠٠}$ قدما أى ($\frac{٦}{٦٠}$ مترا) فى أقوى العينين وذلك بعد محاولات تحسينها أو إجراء التصحيحات الطبية الممكنة لها باستخدام النظارة الطبية أو العدسات اللاصقة. ويتبين من ذلك أن الشخص الأعمى هو من يرى على مسافات ٢٠ قدما (ستة أمتار) ما يراه الشخص المبصر على مسافه ٢٠٠ قدما (أى ستون مترا).

أما «العمى الجزئى» فيعنى امتلاك الشخص لقدرة بصرية تتراوح بين $\frac{٢٠}{٧٠}$ قدما أى ($\frac{٦}{٢٤}$ مترا) و $\frac{٢٠}{٢٠٠}$ قدما أى ($\frac{٦}{٦٠}$ مترا) فى أقوى العينين وذلك بعد إجراء التصحيحات الطبية اللازمة بالنظارات الطبية أو العدسات اللاصقة.

ثانيا: تصنيفات المكفوفين

من أبسط تصنيفات الإعاقة البصرية تصنيفها من حيث درجة الإصابة بكف البصر، ومن حيث درجة الإصابة وزمن الإعاقة.

أ- من حيث درجة الإصابة بكف البصر تصنف إلى:

١- **كف بصر كلى**: ويعنى الفقدان الكامل للقدرة على الإبصار.

٢- **كف بصر جزئى**: ويعنى وجود حساسية خفيفة للضوء كالقدرة على الملاحظة أو التمييز بين الليل والنهار أو بين مصادر الضوء المختلفة، وهذه القدرة رغم قيمتها الحيوية فى حياة الكفيف جزئيا إلا أنها لا تساعده على الرؤية الحقيقية ويعتبر فى حكم المكفوفين عمليا.

٣- **ضعيف الإبصار**: وهى أخف درجات الإصابة ويستطيع صاحبه تحصيل مهارات والقيام بأعمال مستخدما بصره مع استخدام الحواس الأخرى.

ب- تصنيف المكفوفين من حيث درجة الإعاقة وزمن الإعاقة:

١- **مكفوفون كليا**: ولدوا أو أصيبوا بالعمى قبل سن الخامسة.

٢- **مكفوفون كليا**: أصيبوا بالعمى بعد سن الخامسة.

٣- **مكفوفون جزئيا**: ولدوا أو أصيبوا بالعمى قبل سن الخامسة.

٤- **مكفوفون جزئيا**: أصيبوا بالعمى بعد سن الخامسة.

ثالثا: أسباب فقد البصر

لكف البصر أسباب متعدده منها وراثية وأخرى بيئية وثالثة نفسية وهى:

أ- العوامل الوراثية:

هناك عوامل وراثية تؤثر فى الجنين قبل الولادة، فمثلا يعتبر مرض الجلوكوما وعمى الألوان وكبر حجم القرنية، وطول النظر وقصره من الأمراض التى يلعب فيها العامل الوراثى دورا هاما، كما أن هناك العديد من المضاعفات والأمراض التى تورث وتؤثر بطريقة غير مباشرة على قوة الإبصار وكف البصر مثل الأمراض الزهرية والسكر وكذلك العتامة خلف عدسة العين التى تصيب الأطفال الذين يولدون قبل مولدهم الطبيعى.

ب- العوامل البيئية:

وهى إما بسبب: ١- الأمراض المعدية.

٢- الأمراض غير المعدية.

٣- الحوادث والإصابات.

١- الأمراض المعدية:

تؤدى بعض الأمراض المعـدية إلى خطر فقـد البصر مـثل الزهرى والجدرى والدفتيـريا والحمى القرمزية والحصبـة والسل الرئوى، ويعتبر مرض التـراكوما من الأمراض المعدية التى لا يزال من أهم أسباب فقد البصر خاصة فى البلدان الفقيرة. ومن حسن الحظ اكتشاف الأدوية والعقاقيـر الحديثة المضادة للالتهابات الناجحة فى مكافحة وعلاج الأمراض المعدية.

٢- الأمراض غير المعدية:

هناك أمراض غير معدية قد يتسـبب عنها فقدان البصر مثل السكر، وتصلب الشرايين، وأمراض الجـهاز العصبى، والتـهاب الكليتين وفقـر الدم. كذلك هناك حالات كثـيرة تهدد بفقد البـصر مثل الجلوكوما والكتـاراكت وإن كان يمكن الحد منها عن طريق العلاج الصحيح والعمليات الجراحية الدقيقة.

٣- الحوادث والإصابات:

تقع بعض حالات فقد البصر نتيجـة للإصابات فى المصانع كاستخدام بعض المواد الكيماوية والنظائر المشعة.. إلخ، ولـكن باتباع الوسائل الملائمة للوقاية أدى إلى خفض حالات إصابة العيون إلى حد كبير.

كما أن الكرات والعصى، والأحجار والسكاكين، والبنادق وأسياخ الدفايات والأقلام.. إلخ كلهـا تؤدى إلى حدوث إصابـات العيون، ولهـذا لابد من اتخاذ الحيطة والحذر خاصة أثناء لعب التلاميذ فى المدارس وغيرها، ذلك لأن حوالى ٨٥ ألف حالة من حالات إصابات العين تحدث للتلامـيذ كل عام نتيجة عدم الإشراف على لعبهم.

جـ- الأسباب النفسية:

رغم أن معظم أسبـاب كف البصر عضوية المنشـأ إلا أنه يوجد نوع آخر من كف البصر يرجع لأسباب نفـسية ويطلق عليه كف البصر الهيستـيرى، فالصدمات النفسـية المتمثلة فى الحـزن الشديد والاضطرابات والأزمات الشـديدة قد تؤدى إلى الإصـابة بانفصـال فى الشبكيـة، إن لم يعالـج فى الوقت المناسب يؤدى إلى كف البصر.

رابعا: التعرف المبكر على كف البصر

يمكن للوالدين من خلال مـتابعة أبنائهم والملاحظة الدقـيقة لهم الاكتـشاف المبكر لاحتمـال وجود اضطرابات أو مشكلات بصرية تسـتدعى الكشف والعرض على أخصائى العيون، ومن الدلائل والمؤشرات التى يجب على الوالدين ملاحظتها فى سلوك الأطفال ما يلى:

أ- أعراض سلوكية تتمثل فى قيام الطفل بكل من:

- فرك العينين، ودعكهما بصورة مستمرة.
- القرب من التليفزيون بصورة مستمرة لرؤيته.
- إغلاق أو حجب إحدى العينين، وفتح الأخرى بشكل متكرر.
- تحريك رأسـه ومدها إلى الأمام بطريقة لافـتة للانتبـاه، كلما أراد النظر إلى الأشياء القريبة أو البعيدة.
- مواجهة صـعوبات فى القراءة، أو فى القيام بأى عمل يحتـاج إلى استخدام العينين عن قرب.
- وضع المواد المطبوعة المراد قراءتها قريبة جدا من العينين.
- فتح العينين وإغماضهما بسرعة وبشكل لا إرادى وبصورة مستمرة.
- صعوبة رؤية الأشياء البعيدة بوضوح.
- تقطيب الحاجبين ثم النظر إلى الأشياء بعينين شبه مغمضتين.

- كثـرة التعرض للسـقوط والاصطدام بالأشيـاء الموجودة فى المجال البـصرى والحركى للطفل.

ب- أعراض مظهرية خاصة بالشكل الخارجى للعين وتتمثل فى:

- وجود حول فى العين.
- إحمرار الجفنين.
- الالتهابات المتكررة للعين.
- إفراز الدموع بكميات غير عادية.

جـ- شكوى الطفل بصورة مستمرة مما يلى:

- حرقان شديد ومستمر فى العينين يؤدى إلى فركها.
- صداع ودوار يعقب مباشرة أداء أى عمل يحتاج إلى الرؤية عن قرب.
- رؤية صور الأشياء مزدوجة.
- رؤية الأشياء ملبدة بالغيوم أو الضباب.
- عدم القدرة على التمييز بين الأشياء عن طريق العين.

خامساً: شخصية الكفيف

لكف البصـر أثر على شخصـية الكفيف حـيث تؤدى الإعاقة البـصرية إلى فرض حدود معـينه على إدراك الكفيف لما يحيط به من أشياء وأشخـاص فى بيئته المباشرة، وعلى نوع ومـدى الخبرات التى يحصل عليها، وتؤدى الإعـاقة أيضا إلى الحد من قدرة الكفيف على الحـركة والمشى والحد من مدى اتصاله بالبيئة الـطبيعية ومدى سيطرته علـيها ويمكننا أن نرسم صورة عامـة لشخصية الكـفيف فى النقاط التالية:

- يميل الكفيف إلى عـدم الخوض فى المغامرات الاستطلاعيـة التى قد تعرضه للأذى.
- ولذلك فمعرفـة الكفيف عن البيئة ناقصـة نتيجة لعدم رؤيته للأشيـاء ونتيجة لعزوفه عن المغامرات الاستطلاعية مما يزيد من شعوره بالعجز والنقص.

- تعرض الكفيف لمواقف السخرية من المبصرين تجعله يشعر بالاضطهاد والإساءة إليه ويرجع ذلك فى رأيه لأنه كفيف.

- نتيجة لتعرض الكفيف للشفقة والرأفة وتوفير الحاجات له خاصة من أهل بيته وترديد أنه «مسكين عاجز» على مسمع منه يجعل منه شخصية اتكالية.

- نتيجة للتناقص الذى يحدث للكفيف من معاملة تتسم بالقسوة من بعض الناس فى البيئة، ومعاملة أخرى تتسم بالاستجابة لكل مطالبه والعفو عنه إذا أخطأ لا لشىء إلا لأنه كفيف تجعله يفضل العزلة وممارسة بعض ألوان النشاط الفردى لساعات طويلة.

- يطبع العمى فى الطفولة المبكرة على صاحبه سمات ضعف الثقة بالنفس وعدم الشعور بالأمن والشعور بالتبعية ومن ثم العزلة والانطواء.

- يطبع العمى المفاجئ على صاحبه شعورا بالانقباض وفى بعض الحالات قد يتحول إلى سلوك عدوانى.

سادسا: موقف الأسرة من كفيف البصر

عندما يولد الطفل كفيفا أو عندما يصاب بصورة مفاجئة بكف البصر، خاصة إن لم يتوقع الوالدين أن يكون لديها طفل عاجز أو لديه قصور ولهذا فإن استجابات الوالدين غير واضحة بشكل كاف لبعض الوقت وغالبا سوف تكون مشاعرهم مزيجا من الحزن والشفقة الزائدة على الطفل، وسيرفضون بشدة حقيقة كف البصر بداية، ويظهر ذلك فى ترددهم على الكثير من الأطباء دون جدوى مما يزيد شعور الأسرة بخيبة الأمل والقلق والذنب، ومهما حاولت الأسرة إخفاء هذه المشاعر السلبية، فهى إن نجحت فى ذلك فسوف تظهر هذه المشاعر فى صورة أخرى مقنعة وبعدما يتأكد للأسرة كف بصر أحد أفرادها نتيجة لترددها على الأطباء فى محاولات يائسة وإقلاعها عن ذلك فإن اتجاه الأسرة نحو كفيف البصر لا يخرج عادة عن احتمالات خمس هى:

- القبول.
- إنكار وجود أى أثر للعمى على الطفل.

- التدليل والحماية المبالغة.

- الرفض ولكن إخفاؤه بصورة أخرى (مقنعة).

- الرفض أو النبذ الظاهر.

وكثيرا ما نسمع أيضا عن بعض المكفوفين، نتيجة لمستواهم العقلى وتربيتهم الاجتماعية وخبراتهم، قد بلغوا شأنا لم يبلغه غيرهم من المبصرين ولكن لا يغيب عن ذهننا أنهم وصلوا إلى ما وصلوا إليه بحكم تفوقهم كأفراد ولا يعود هذا التفوق لأنهم مكفوفون، ويعتبر الاتجاهان رقم (١) و (٢)، من الاتجاهات التى تحدث تكيفا مرغوبا يساعد الكفيف على التمتع بالعطف الأسرى أما باقى الاتجاهات فهى تشعر الكفيف بالخوف والحرمان والشعور بالنقص وخلق الشخصية غير السوية.

ومن الجدير بالذكر أن إعاقة طفل فى الأسرة له أثر بالغ على العلاقة بين الوالدين، فقد يحمِّل الزوج الزوجة المسئولية فيما حدث لهذا الطفل، أو قد يوجد لديهم الإحساس بالذنب وعلى هذا يسود الأسرة جوًا من التشاؤم والتشاحن وعدم الانسجام مما يؤثر فى معاملتهما للكفيف من إهمال أو رفض أو قسوة مبرحة... إلخ، وهنا يجب إعادة التوازن العاطفى النفسى للأسرة مرة أخرى.

سابعاً: موقف المجتمع من كف البصر

فى إيجاز شديد نجد أن مجتمعنا المصرى ينظر إلى الكفيف نظرته إلى العاجز قليل الحيلة... بل إن معظم أفراد المجتمع لا سيما فى طبقاته الشعبية قد درجوا على أن يطلق على الكفيف لفظ «عاجز».

وهكذا نجد أن المجتمع من جانبه وبما توارثه من أفكار واتجاهات حيال المكفوفين، لا يعاون الكفيف ولا أسرته على تقبل الإعاقة، فهم إما يتعرضون للوم أو السخرية أو الرثاء أو الشفقة.

ثامناً: بعض الأخطاء الشائعة عن المكفوفين

هناك العديد من الأخطاء الشائعة بين الناس عن المكفوفين من هذه الأخطاء:

١ - أن هناك تعويضا حسيا أو عقليا لدى المكفوفين:

يعتقد البعض فى عملية التعويض الحسى أو العقلى لدى المكفوفين وكثيرا ما نسمع عن شدة حاسة السمع للمكفوفين وأن ذلك ناتج عن التعويض الذى يلازم فقدان البصر كما يلازمه أيضا حساسية الأصابع وموسيقية الأذن والقدرات المزعومة الأخرى أو الذاكرة التى لا تبارى... إلخ والذى يجدر أن نؤكده أن المكفوف لا يحدث لديه تعويض طبيعى، فإذا ما اكتسب خبرات أكثر فى سمعه أو لمسه فإن ذلك ناتج عن التركيز والحيطة وكثرة التدريب والمران، وأخيرا عن الرغبة الشديدة الملحة فى الحصول على مزيد من الخبرات فى الحواس الأخرى الباقية.

٢ - أن المكفوفين أكثر ذكاءً من المبصرين:

حقيقة الأمر أن تفوق بعض المكفوفين وذكائهم لا يرجع لأنهم مكفوفون بل بحكم تفوقهم كأفراد، وقد أوضحت الأبحاث أن المكفوفين الذين يبدون تفوقا على المبصرين فى نظر عامة الناس يتعرضون إلى تأخر فى النمو العقلى يتراوح بين (سنتين وثلاث سنوات)، وأن نسبة التخلف فى الذكاء تكون أعلى فى المكفوفين منها عند المبصرين.

٣ - أن المكفوفين لديهم قدرات يدوية متميزة تعويضا لكف البصر:

وحقيقة الأمر أنه لا يوجد تعويض طبيعى لنقص حاسة من الحواس بزيادة قدرة الحواس الأخرى لكن فى الحقيقية أن التدريب الواعى والمستمر للحواس الأخرى تجعل الإنسان يستطيع استخدامها للتعرف على الأشياء، ونتيجة لهذا الخطأ شيوع حرف وصناعات المقشات والسلال والنسيج والسجاد وما ماثلها من الصناعات التقليدية للمكفوفين. والحقيقة أن الأخصائيين والعلماء فى الوقت الحاضر راعوا هذا الخطأ ونادوا بضرورة اعتماد التربية والتعليم والتأهيل فى محيط المكفوفين على «الفردية» أى على البحث الفردى لكل حالة على حدة كما نفعل مع المبصرين.

٤ - أن الكفيف لا يحب دوما إلا أن يكون مع المكفوفين الآخرين:

ونتيجة لهذا الخطأ بذلت الجهود لاجتماع المكفوفين مع بعضهم البعض فى المناسبات والحفلات. والواقع أن «كف البصر» لا يحتم مثل هذا الاتجاه بل ولا

يدعو إليه، ولكن حقيقة الأمر أن الكفيف يشعر بكثير من الراحة والسعادة إذا ما تمكن من المساهمة والتفاعل والمرح بلا حرج مع المبصرين؛ ولذلك تدعو الحاجة فى برامج الرعاية إلى خلق مناسبات يختلط فيها المكفوفون بالمبصرين لأنهم سوف يعملون معهم ويعيشون معهم كمواطنين فى المجتمع؛ ولذلك يجب أن يتاح لهم فرص الحصول على كل الخبرات التى يمكن أن يستخدموها فى اتصالاتهم وتعاملاتهم مع المبصرين.

تاسعاً: المشكلات والقيود التى يفرضها كف البصر وكيفية مواجهتها

المشكلات والقيود التى يفرضها كف البصر، سواء بشكل مباشر أو غير مباشر هى قيود ومشكلات جسمية، ونفسية، واجتماعية. وهذه المشكلات مرتبطة ببعضها البعض ومتداخلة إلى حد يصعب الفصل بينها إلا لغرض التوضيح فقط.

وفيما يلى عرض بإيجاز لهذه القيود:

١- القيود الجسمية: ومن هذه القيود:

أ- إضعاف قدرة حاسة اللمس:

وهى عكس الفكرة الشائعة بأن حاسة اللمس لديهم تقوى بكف البصر، فقد اتضح أن حاسة اللمس عند المكفوفين أضعف بالمقارنة بنفس الحاسة عند المبصرين فى الوقت الذى تزداد فيه أهمية هذه الحاسة التى تتوقف عليها قدرته على التعلم بطريقة برايل.

والسبب فى ذلك ببساطة يرجع إلى الحد من استعمال هذه الحاسة وقلة الفرص المتاحة أمام الطفل الكفيف الذى لم يدرب بالشكل المناسب للمس الأشياء العديدة والتعرف عليها وقد تضعف نتيجة الخوف أو العقاب.

ب- إحداث تغييرات غير مرغوبة فى المظهر الجسمى للكفيف:

وأول هذه التغييرات لفتا للأنظار جحوظ شكل العين أو غير ذلك مما يشوه الوجه، الأمر الذى يقلل من فرصة تقبل الآخرين له، ويزيد من متاعبه، ويشعره بالقلق والتوتر.

كذلك يؤدى كف البصر إلى تغيير غير مرغوب فى مظهر الكفيف يتمثل فى طريقة مشيه أو مد يده أو رأسه للأمام أو تحدب ظهره أو شد جسمه وتصلبه بطريقة غير عادية . . . إلخ .

جـ- افتقاد الصوت لنبراته التعبيرية:

بعض المكفوفين لا يمكنهم ربط التنوع فى نبرات الصوت بالانفعالات المصاحبة لطبيعة الحدث وقد يرجع ذلك لعدم رؤيتهم للانفعالات المرتسمة على وجوه محدثيهم، فمنهم من يتكلمون دائما بصوت عال كما لو كانوا فى قاعة كبيرة. إلا أننا نجد بعضا منهم يقدرون مدى الصوت المطلوب وينوعون أداءهم تبعا لذلك.

د- فرض بذل مزيد من الجهد والطاقة على الجسم:

هناك أعمال كثيرة يؤديها المبصرون والمكفوفون بنفس الطريقة إلا أن هناك أعمالا أخرى عديدة - لطبيعتها - تتطلب منهم بذل جهد أكبر مما يبذله المبصرون. ونلاحظ ذلك فى بعض الأعمال اليومية المألوفة كتناول الطعام أو ارتداء الملابس أو السير فى الطريق. مما يجعلهم عرضة للاصطدام بالأشياء أو السقوط، لذا فهم فى حاجة إلى تدريب مناسب على الحركة الصحيحة.

هـ- صعوبات الحركة والانتقال:

وهذه الصعوبات تحدث فى بيئته الداخلية كمنزله أو مدرسته أو عمله ثم فى بيئته الخارجية وهى المجتمع. مما يجعلهم يميلون إلى عدم الحركة والعزلة وهذا الجمود الجسمى له آثار جسمية ونفسية سيئة عليه فضلا عن أنه يقلل النمو العقلى، فإذا لم يشجع الكفيف على الحركة بقى منزويا وحده فى سكون وإذا ما غادر مكانه تحرك بخوف وجبن.

و- عدم القدرة على ممارسة أعمال معينة:

تحتاج بعض الأعمال إلى مستويات معينة من الكفاءة وتعتمد على حاسه الإبصار وقد تمثل خطرا على المكفوفين فى حالة قيامهم بها، وذلك فى معظم الوظائف العامة منها والخاصة وفى الخدمة فى القوات المسلحة. وقد أشار القرآن

الكريم إلى هذا فأعفى المكفوفين من الاشتراك فى الحروب، حيث قال تعالى﴿ لَيْسَ عَلَى الأَعْمَىٰ حَرَجٌ ... ﴿٦١﴾﴾ [النور].

ز- الحد من القدرة على إستخدام أدوات وتسهيلات معينة:

إذا كانت هذه الأدوات والتسهيلات قد أعدت على أساس أن كل من سوف يستخدمونهـا سليمو الأجسام... فإنها لن تصلح لاستـخدام المكفوفين لها ولهذا يعانى الكفـيف من الحرمان من الكثـير من المزايا والتســهيلات الممنوعة لغـيره من المبصرين.

٢- القيود والمشكلات النفسية:

للمكفوفين مشكلاتهم النفسيـة وهى كما أشارت الأبحاث الإكلينيكية ليست ناشئة عن حزنهم بسبب فقد النظر ولكن سببـها حالتهم الاجتماعية وهى تتأثر إلى حد كبير بالفروق الفردية بين المكفوفـين سواء من النواحى الذاتية أو البيئية أو من حيث كـيفية الإصـابة ومداها (كلى - جزئى)، ومـتى حدثت وأسبـابها... إلخ وفيما يلى بعض القيود النفسية التى يفرضها كف البصر:

أ- الحد من قدرة الكفيف على إدراك أشياء معينة:

حيث إن المكفـوفين يتـفهمـون العالم بواسطة حواســهم الأخرى كـالسمع واللمس ولكن هناك أشياء لا يمكن تعريف الكفيف بها خاصة من يولد كفيفا مثل المدركات اللونية، الأحجام البالغة الكبر أو المتناهية فى الصغر.

ب- الشعور بكف البصر كمثير ضاغط مؤلم:

أثبتت البحوث أن تقـييد إحدى الحواس بطريقة من الطرق المختلفـة كثيرا ما يترتب عليه الشعور بالقلق فضلا عن صعوبات فى التفكير والتركيز ويعتقد العلماء أيضا أن سبب الشعور بالضغط يرجع إلى الشعـور المتواصل بالعزلة أكثر من إعاقة الحاسة نفسها.

جـ- الخوف من المراقبة المستمرة من الآخرين:

يرى المكفوف أنه مراقب وباستمرار من الآخرين وأنهم متيقظون لأخطائه مما يجعله أكثر تعرضا للإجهاد النفسى والشعور بالتوتر وعدم الأمن.

د- الشعور بالنقص والعجز:

يتكون هذا الشعور بسبب الفشل المتكرر فى عدد من المواقف أو عدم قدرته على منافسة زملائه المبصرين فى مختلف الأعمال أو قد تكون أسرته أو المجتمع نفسه هما السبب فيما يعانيه من الشعور بالنقص. وهذا الشعور كثيرا ما يحطم النشاط الشخصى والقدرات الإبداعية المختلفة.

هـ- تهديد عاطفة اعتبار الذات:

تعتبر صورة البدن جانبا من جوانب صورة الذات فكل فرد لديه صورة ذهنية خاصة عن نفسه من حيث مظهره العام وحالته الجسمية والصحية ونظرة الآخرين له.. إلخ هذه الصورة لها أهمية كبيرة فى تكوين الشخصية ويعبر عنها فى علم النفس باسم «عاطفة اعتبار الذات» وهى تؤثر تأثيرا مباشرا فى سلوكه وإستجاباته للمواقف المختلفة وفقدان السلامة البدنية (كف البصر) يمكن أن يكون له تأثير على صورة الذات هذه.

و- الاضطرار للاعتماد على الغير:

إن لم يجد الكفيف التوجيه والرعاية والتدريب المناسب فإنه يضطر للاعتماد على الغير وانتظار مساعدتهم ويتجه ذلك ليس فى حركته وتنقله فحسب بل أيضا فى القيام بالكثير من حاجاته الشخصية... ثم فى النواحى الاقتصادية مهما كبر، وقد ينتهى به الأمر إلى نزعة اتكالية واضحة مما يؤدى به إلى فقدان الشخصية.

٣- القيود الاجتماعية:

تبدأ هذه القيود بنظرة المجتمع ليس للكفيف فحسب بل للمعوقين بصفة عامة فالكثير من مجتمعنا المصرى ينظر نظرة غير سليمة وغير واقعية للمكفوفين فما زال الشعور الفردى نحو العميان ونحو النظم الاجتماعية لخدمتهم متأثرة بفكرة المسئولية والعبء والقصور.

وهذه النظرة الخاطئة يستجيب لها الكفيف إما بالتسليم بمضمونها أو اتخاذ أساليب دفاعية معينة لمواجهة هذا الموقف. فالخوف على المكفوفين والشعور بالذنب تجاههم والإشفاق والفضول والمساعدات الاضطرارية كل هذه مشاعر تولد ضغطا

يعمل ضد المكفوفين كأفراد أو جماعة أقلية؟ ولهذا نجد عند بعضهم ضعف الشعور بالانتماء للمجتمع، والقلق، والضيق، والتبرم بوسائله وإمكانياته لحمايتهم ورعايتهم، وقلة استبصارهم بالمواقف الاجتماعية بصفة عامة كل هذا نتيجة لرد فعل الكثير ممن يتعاملون معه فى المجتمع سواء فى البيئة الداخلية أو الخارجية لهذا المجتمع.

ومن الجدير بالذكر مرة أخرى أن هذه القيود الاجتماعية لا ترجع إلى فقد البصر كإصابة عضوية بل لعلها ترجع فى المقام الأول إلى موقف المجتمع من الكفيف، ومن تلك القيود:

- المعاناه المستمرة لمواقف الرثاء من جانب المجتمع.
- إشعار الكفيف بالنقص والدونيه.
- فقدان الصلاحية الاجتماعية، فعلا وشكلا، فالمجتمع يصدر أحكاما قبلية إزاء جماعة الأقلية بالعجز وعدم الصلاحية مما يجعل المجتمع عاجزا عن تقبل هذه الجماعة، فنحن نجد أن الغالبية العظمى من أفراد المجتمع تؤكد للكفيف فى شتى المناسبات - عن قصد أو عن غير قصد - بعدم صلاحيته الاجتماعية وتوحى إليه بعدم القدرة على تناول أخص شئونه الشخصية ومعاملته كأنه أصم.
- المعاناة من بعض الأفكار والمعانى الاجتماعية التقليدية ومن أمثلتها الربط الشائع بين كف البصر والظلام بكل ما يحمله من معان سيئة. حتى المؤسسات تستخدم لفظ النور فى أسمائها.

كيفية مواجهة هذه القيود والمشكلات:

١- معاونة الكفيف على تقبل القيود والمشكلات التى يفرضها كف البصر والتى يستحيل فى الوقت الحاضر على الأقل التغلب عليها.

٢- توفير الوسائل المساعدة للكفيف وتعويضه عن الحاجات والخبرات التى حرمه منها كف بصره.

٣- تبصير المجتمع بكيفية التعامل مع المكفوفين وتغيير نظرة المجتمع تجاه المكفوفين.

٤- مساعـدة المكفوفين فى الحصول على الحـقوق المختلفة التى كـفلتها لهم الدولة والالتزام بتنفيذ القوانين التى ترعى وتحمى المكفوفين.

٥- إعداد الكفيف للحياة ليصبح عضوا فـعالا منتجا فى مجتمعه عن طريق تدريب قدراته الـعقلية واللغـوية وتنميـة قواه البدنيـة والتوجـيه الدينى والأخلاقى والاجتماعى وأوجه النشاط الأخرى المختلفة التى تعمل على إدماج الشخص الكفيف فى كافة الحياة الـعملية والاجتماعية وتزيده من الثقة فى النفس والاعتماد عليها.

٦- العـمل على مسـاواة الكفيف بالمبـصر اجـتمـاعيـا واقتصـاديا وتجنيـبه الاضطرابات النفسية والسلوكية بالرعاية والتوجيه والعلاج المستمر.

٧- توفير مخـتلف ألوان الرعاية للكفيف من قبل الأخصائيين المتـخصصين فيها ليصبح مواطنا صالحا فعالا منتجا فى مجتمعه.

عاشراً: الوقاية من الإعاقة البصرية

- الكشف على راغبى الزواج بصفة عامة والأقارب بصفة خاصة.
- توعيـة الناس بالإجراءات الوقائيـة لتحاشى إصـابات العين وانتقـال العدوى وكيـفية التـعرف المبكر على اضطرابات الإبصـار واتخاذ الإجـراءات اللازمة لعلاجها والسيطرة عليها.
- تهيئه الرعاية الصحية المناسبة للأم أثناء فترة الحمل وعملية الولادة.
- تعميم التطعيمات والتحصينات الواقية من الإعاقة البصرية فى مواعيدها.
- تأمين الخدمات الصحية اللازمة للأطفال وتلاميذ المدارس.
- توفير النظارات الطبية والعدسات اللاصقة المناسبة للحالات المختلفة فى حالة الحاجة إليها.
- حث الوالدين على الاهتمـام بالتشخيص والعلاج المبكرين لأمـراض العيون قبل استفحالها.
- اتخـاذ الوسائـل الوقائيـة للحـد من إصـابات العيـون فى المصـانع والورش والمدارس.

حادى عشر: الخدمات والرعاية المقدمة للمكفوفين

١- الرعاية التعليمية:

تظهر أهمية التعليم أو إعادة التعليم لاستغلال مختلف الكفاءات والإمكانيات المتبقية لاستعادة التوافق الاجتماعى والاقتصادى بجانب التوافق النفسى للمحافظة على الصحة النفسية للكفيف وتجنيبه الاضطرابات النفسية. ونظرا لصعوبة تعليم الكفيف بالطريقة العادية حيث إن التعليم يعتمد على الرؤية والمشاهدة، ولما كانت حاسة الإبصار معطلة لذلك يحتاج الكفيف إلى طرق ووسائل معينة للتعليم، وأهم الطرق التى تستعمل فى تعليم المكفوفين القراءة والكتابة هى طريقة لويس برايل التى أجريت عليها تعديلات كثيرة وهى تعتمد على الكتابة البارزة والتى تناسب الكفيف والتى يستخدم فيها حاسة اللمس بدلا من البصر.

وكان الأزهر الشريف من أوائل المؤسسات التعليمية فى العالم كله اهتماما بتعليم المعاقين بصريا ودمجهم جنبا إلى جنب مع أقرانهم المبصرين بدءا من نظام الكتاتيب بالزوايا والمساجد، ومرورا بدراسة العلوم القرآنية والشرعية واللغوية بمراحل التعليم الأزهرى حتى المرحلة الجامعية.

واتجهت وزارة المعارف عام ١٩٢٦ إلى تخريج معلمات متخصصات للعميان من مدرسة المعلمات ببولاق، وأوفدت المعلمين فى بعثات إلى إنجلترا أنشئت لدراسة نظم وطرق تعليم المعاقين بصريا، وأنشأت فصول لتعليم المكفوفين بمدارسها الإلزامية فى بعض المحافظات مثل القاهرة وطنطا وأسيوط.

وفى عام ١٩٥٣ أنشأت أول مدرسة للمكفوفين، وهى المركز النموذجى لرعاية المكفوفين بالزيتون، ثم معهد النور للبنات بالجيزة، وتوالى بعد ذلك افتتاح العديد من مدارس وفصول النور بمختلف المحافظات. وقد زاد عدد هذه المدارس حتى بلغ عددها سبعا وعشرين مدرسة إضافة إلى سبعة فصول ملحقة بمدارس المبصرين، وتغطى هذه المدارس والفصول ستا وعشرين محافظة، كما تستوعب ٢٣١٣ تلميذا وتلميذة فى عام ٩٥ - ١٩٩٦م. وما زال الاهتمام جاريا بفتح المزيد من تلك المدارس لتقديم الرعاية التعليمية للمكفوفين.

المراحل التعليمية للمعاقين بصريا:

ينتظم المعاقون بصـريا فى مراحل تعليمية مماثلة لمراحل التعلـيم العام المعتادة ومناهجا فيما عدا أنهم يقتصرون على الدراسة بالشعبة الأدبية، فضلا عن استخدام الطرق والوسائل التعليمية التى تفرضها طبيعة الإعاقة البصرية.

وتختص مدارس النور بقبول حـالات الفقد الكلى للإبصار، والحالات التى تقل حـدة إبصـارها عن $\frac{٦}{٦٠}$ بالعـينين مـعـا، أو بالعـين الأقـوى بعـد العـلاج والتصحيح بالنظارة الطبية، على ألا تكون لديهم إعاقة حـسية أو عقلية أو جسمية أخرى. وتسـير الدراسة بمدارس الـنور وفقا للنظام الداخلى بالمـرحلتين الأساسـية والثانوية.

أما مدارس وفصول ضـعاف البصر فيقبل بها الأطفال ضـعاف البصر (حدة إبصـار لا تزيد عن $\frac{٦}{٢٤}$ ولا تقل عن $\frac{٦}{٦٠}$) ممن لا يستطـيعون مـتابعـة دراستـهم بالمدارس العادية، وممن يحـتمل زيادة ضعف إبصـارهم فى حالة استمـرارهم بهذه المدارس - بناء على تقرير طبى - حتى لو زادت حـدة إبصارهم عن $\frac{٦}{٢٤}$. وتسير الدراسة بمدارس ضعاف البصر وفقا للنظام الخارجى.

طرق ووسائل تعليم المعاقين بصريا:

نظراً لصعـوبة تعليم الكفيف بالطريقة العـادية حيث إن التعليم يعتـمد على الرؤية والمشاهدة، ولما كانت حـاسة الإبصار معطلة؛ لذلك نجد أن المكفـوفين كليا يتعلمون وفقا لمناهـج التعليم العام مع استبعاد الموضوعات التى يـحتاج تعلمها إلى قدرات بصرية، كما يتعلمون عن طريق حـواس بديلة عن حاسة الإبصار، كحاسة اللمس على وجه الخصـوص، والحاسة السمعيـة، وذلك من خلال طريقة «برايل» اليـدوية، وآلة برايل الكاتبـة، وطريقه «تـيلر»، والعدادات والنمـاذج المجـسمـة، والكتب والخرائط البـارزة، وكذلك الكتب الناطقة وشرائط الكاسـيت.. وغيرها، كما يـتعلمون غالبـا فى مدارس داخلية خاصـة بهم مزودة بالتجهـيزات والكوادر البشرية المتخصصة.

أما ضعاف البصر فلا تختلف طريقة تعليمهم فى المقررات الدراسية المختلفة كثيرا عما يستخدم مع المبصرين، سواء فى طبيعة الوسائل والمواد التعليمية المستخدمة اللازمة للعملية التعليمية، معتمدين على استثمار ما لديهم من بقايا بصرية مع الاستعانة ما أمكن بمعينات البصر كالنظارات والعدسات المكبرة، ومن هذه الوسائل الكتب الخاصة ذات الحروف والكلمات كبيرة الحجم، والآلة الكاتبة، والخرائط المبسطة كبيرة الحجم وقليلة التفاصيل والمصورات واللوحات واضحة المعالم، كما تستخدم معهم أحيانا الكتب الناطقة والتسجيلات. وهم يتعلمون إما داخل الفصول الدراسية العادية، مع توفير الخدمات التربوية الخاصة، أو فى مدارس خاصة نهارية، أو داخل فصول ملحقة بمدارس المبصرين، أو يقضون بعض الوقت مع أقرانهم المبصرين بالفصول العادية، وبعضه الآخر فى فصول خاصة داخل المدارس العادية لمواجهة احتياجاتهم التعليمية.

وبالإضافة إلى المقررات الدراسية، هناك اهتمام واضح بممارسة بعض المقررات ذات الطابع العملى تسهم فى تنمية شخصية الكفيف، ومن هذه المقررات الموسيقى والفنون التشكيلية.

هذا، ويجب مراعاة الترتيبات المكانية الخاصة فى مدارس المكفوفين حتى يمكن تقليل الكثير من المشكلات الناتجة عن الإعاقة بمراعاة الشروط الكفيلة بتيسير حركة الكفيف فى الوسط المدرسى.

٢- الخدمات الطبية:

وتشمل خدمات علاجية ووقائية تستهدف توفير أوجه خدمات الرعاية الصحية للمكفوفين، وتعمل على إجراء الفحص الطبى الشامل لهم للتعرف على حالتهم الصحية بصفة عامة؛ حتى يمكن توجيههم إلى المهنة المناسبة لحالتهم بالإضافة إلى توفير العلاج اللازم للكفيف فى حالة وجود مشكلة صحية أو مرض أصيب به، بالإضافة إلى توفير الوسائل الطبية والتجميلية اللازمة له والعمل على وقايته من الأمراض المختلفة، وتقديم خدمات العلاج الطبيعى فى حالة احتياجه إليها.

ويتوقف نجاح هذه الخدمات على عدة عوامل منها توفر المؤسسات العلاجية، وكفاءة القائمين عليها ومعاونيهم، وتوقيت العلاج بالإضافة إلى التزام الكفيف بالمتابعة الدورية لعلاج الإعاقة، فى حدود المتاح منها أو للوقاية من أمراض أخرى.. إلخ، من الخدمات الطبية.

٣- الخدمات النفسية:

تقدم هذه الخدمات عن طريق الأخصائى النفسى الذى يعمل على تحديد السمات النفسية للكفيف كفرد وتحديد ميوله واتجاهاته، وقدراته والضغوط النفسية التى يعانى منها مع العمل على مساعدته على تقبل كف البصر حتى يمكن المساهمة فى توجيه الكفيف للدراسة المناسبة له والتدريب اللازم للمهنة التى ينصح جميع المتخصصين الكفيف بمزاولتها والعمل على تقديم المساعدة فى حالة تعرضه لأية مشكلة نفسية، والمساهمة فى وضع خطة التعامل مع الكفيف كفرد، وكذلك تنمية المواهب الخاصة التى قد تظهر عند بعض المكفوفين.

٤- الخدمات المهنية:

وتعرف بخدمات التأهيل المهنى وتستهدف إعداد الكفيف لممارسة عمل معين يتفق وقدراته المتبقية لديه ووفقا لحالته الصحية والشخصية والاجتماعية ومهاراته وخبراته.

ومن الطبيعى أن يبدأ تأهيل الكفيف بتدريبه على أداء الأعمال البسيطة أولا ثم تدريبه على الأعمال الأكثر صعوبة بالتدريج حتى يصل إلى المستوى المطلوب. والبداية بالأعمال البسيطة ونجاح الكفيف فى أدائها يسعده ويخلق فيه الرغبة للاستمرار فى العمل ويكسبه الثقة اللازمة لمحاولة أداء الأعمال الصعبة، وتسعى مدارس ومراكز رعاية المكفوفين فى الوقت الحاضر لجعل الكفيف يندمج فى المجتمع من خلال تأهيله مهنيا.

والتأهيل المهنى للمكفوفين له فوائد متعددة منها:

إعطاء الكفيف الفرصة للتدريب على عمل مناسب للدراسة الخاصة وذلك حتى يتمكن من المساهمة فى بناء مجتمعه وحتى يكون عضوا منتجا وليس عالة

على أسرته ومجتمعه، وتقدم مراكز ومدارس المكفوفين التوجيه والتدريب المهنى ثم خدمات التشغيل وتتبع المكفوفين فى مجالات عملهم، وما يستلزم ذلك من إعادة تدريب وتوجيه وإرشاد.

هذا؛ وتتطلب عملية التأهيل المهنى للمكفوفين خطوات تبدأ بـ:

١- **تحليل الفرد بإجراء الفحص الطبى لحالته، وبحث حالته الشخصية والاجتماعية ومهاراته وخبراته ومستواه الثقافى وميوله وقدراته ومدى تكيفه ثم توجيهه إلى المهنة المناسبة حسب النتائج التى توصلنا إليها** ويتعاون فى هذا كل من المدرس والأخصائى الاجتماعى والأخصائى النفسى والطبيب والأسرة.

٢- ثم تحليل العمل أى معرفة متطلبات المهنة من مهارات وقدرات حتى يمكننا وضع الكفيف فى العمل المناسب له، ومن هنا تبدأ عملية توجيه الكفيف للمهنة المناسبة له ومساعدته على التكيف النفسى والاجتماعى فى مجال عمله.

٣- ثم توزيعه على مكان العمل المناسب تبعا للمهنة التى تدرب عليها ووفق فيها ومتابعته باستمرار بالرعاية والتوجيه ومساعدته على التغلب على المشكلات التى تواجهه حتى نساعده على التكيف الشخصى والاجتماعى.

هذا ،ويمكن توجيه الكفيف لبعض الأعمال التى لا تحتاج إلى حاسة الإبصار. وهنا يجب أن نعترف بأن القيود الطبيعية تجعل الكفيف أقل حظا فى فرص الاختيار المنهى ومن الأعمال التى يمكن للكفيف مزاولتها:

أعمال الآله الكاتبة والتليفونات وبعض الأعمال التنفيذية والإدارية فى المنظمات المحلية، وكذلك المؤلف الموسيقى، والعازف، والمغنى، والصحفى، والمحرر، والمؤلف، ورجل الدين، والأستاذ الجامعى، والمحامى، والمدرس، والتاجر، والبقال... إلخ.

٥- الخدمات الاجتماعية

ويختص بتقديمـها الأخصائى الاجتماعى فى المؤسسـات المختلفة التى تقدم خدماتهـا للمكفوفين. ويحتاج العـمل فى مجال رعاية المكفوفـين إلى التعامل مع مختلف الأنساق الاجتـماعيـة للمكفوفين (الفـرد والأسرة والجمـاعة الصغـيرة، ومجتمع المؤسسة والمجتمع المحـلى، والمجتمع القومى) فلا يمكن للكفيف أن يعود للحيـاة الاجتمـاعية إلا إذا عالجنـاه اجتماعـيا كفـرد وأمكنه ممارسة الحيـاة العادية بإدماجه فى جماعات موجهة وإعداد المجتمع ليهيئ له الفرص المتكافئه للحياة على قدم المساواة مع غيره من المواطنين... إلخ.

وفيـما يلى عـرض مبسط لبـعض أوجه المسـاعدة التى يقدمـها الأخـصائى الاجتماعى للمكفوفين باستخدام الطرق المختلفة:

الخدمات الاجتماعية المقدمه لنسق الكفيف وأسرته:

- التعرف على الحالات وتحويلها إلى المؤسسات المتخصصة فى رعاية المكفوفين (تأهيل مهنى - مدارس... إلخ).
- إجراء البحـث الاجتماعى الشامـل لحالة الكفيف وبيئـته الاجتمـاعية وذلك بدراسة الحالة دراسة شاملة وافية تشمل حاضـره وماضيه وتطلعاته للمستقبل وبيئته الاجتماعيـة ليكون هذا البحث أساسا تبنى عليه خطة الإعداد والعلاج أو التأهيل للكفيف مع الأخـذ فى الاعتبار رأى غيـره من الأخصائيين الذين شخصوا ودرسوا حالة الكفيف.
- مساعدة الكفـيف على تقبل الإعاقة والتخفيف من بعض المشـاعر والضغوط النفـسـية التى يعـانى منهـا وتعـديل بعض اتجـاهاته ومـيوله الـعدوانيـة أو الانطوائية.. إلخ.
- مساعدة الكفيف على التكيف للحياة فى المدارس والمؤسسات الخاصة به حتى يمكن الاستفادة منها.
- مساعدة الكفـيف بالتغلب على الصعوبات التى تواجه تعليمـه وتدريبه مهنيا وتشغيله مع توجيهـه ومتابعته المستمرة فى جمـيع المراحل حتى يمكن تحقيق أقصى استفادة ممكنة.

- مساعدة أسرة الكفيف على تقبل الإعاقة وعلى كيفية التعامل مع الكفيف والإجراءات اللازمة للوقاية من كف البصر ونوع المساعدة التى يحتاجها الكفيف من أسرته لما للأسرة من دور هام فى تحقيق السعادة للكفيف.

- الخدمات الاجتماعية المقدمة لنسق جماعات المكفوفين:

- يستخدم الأخصائى الاجتماعى الجماعة كأداة فعالة تعيد للكفيف ثقته فى نفسه وتقبله لها وللجماعة التى ينتمى إليها وبالتالى للمجتمع والعمل على إزالة المخاوف والكراهية التى قد يحملها لهذا المجتمع، والتخفيف من حدة الضغوط النفسية والاجتماعية التى يتعرض لها.

- ممارسة الأنشطة المحببه للكفيف والتى يمكن عن طريقها:

  - تدريب الحواس.
  - التزود بالخبرات اللازمة.
  - غرس العادات السليمة وعلاج بعض العادات غير المرغوب فيها.
  - إتاحة الفرصة للتعبير الذاتى.
  - التدريب على السير والحركة والكلام بطريقة طبيعية.

- الخدمات الاجتماعية المقدمة للوحدات الكبرى (مجتمع المكفوفين ومؤسسات رعايتهم):

- مساعدة مجتمع المكفوفين فى التعرف على حقوقهم وواجباتهم والعمل على حث الجهات المختلفة بتوفير تلك الحقوق وإعطائها لهم.

- المساهمة فى إجراء البحوث التى تستهدف تقديم الرعاية الاجتماعية للمكفوفين بشكل أفضل فى مؤسسات رعايتهم.

- تغيير نظرة المجتمع نحو المكفوفين.

- توعية المجتمع وتبصيره وبأهمية الكشف المبكر فى حالة إصابة العين بأى مرض وكيفية الوقاية من كف البصر.

- توعية المجتمع بكيفية التعامل مع المكفوفين.

- حث أصحاب الأعمال واستثارتهم للإقبال عل تشغيل المكفوفين وتوفير الوسائل اللازمة للحفاظ على أمنهم وسلامتهم.
- الدعوة إلى مزيد من التشريعات التى تستهدف الرعاية الاجتماعية للمكفوفين.

ثانى عشر: التنظيمات والأجهزة القائمة على رعاية المكفوفين فى مصر

وتتلخص فى الجهود القائمة على رعاية المكفوفين فى مصر والتى منها:

١- الجهود الحكومية:

وتؤديها وزارات التربية والتعليم والتضامن الاجتماعى (الشئون الاجتماعية سابقاً)، والأوقاف والعمل والصحة والعدل. فوزارة التربية والتعليم تقوم بتوفير الخدمات التعليمية التى سبق إيضاحها. كما تقوم وزارة التضامن الاجتماعى بمساعدتها فى تقديم هذه الخدمات التربوية بالإضافة إلى قيامها بصرف معاشات ومساعدات للمكفوفين بعد أن شملهم قانون الضمان الاجتماعى، وتقوم وزارة المواصلات بتخفيض أجور المواصلات لهم ولمصاحبيهم. أما وزارة الصحة فتعنى بتقديم الخدمات الطبية العلاجية والوقائية والتجميلية لهم. كما تسهم وزارة الأوقاف فى تقديم مساعدات مادية للمكفوفين وتعينهم فى المساجد، وتتابع وزارة العمل عملية تشغيلهم وفقاً للقانون وتعمل على المحافظة على حقوقهم، وتتبنى وزارة العدل سن التشريعات التى تضمن لهم حياة كريمة، وقد منحت الدولة بعض الامتيازات التى تؤدى إلى رفع الروح المعنوية لهم وتشعرهم باهتمامها بهم.

٢- الجهود الأهلية:

وتنتشر فى معظم محافظات مصر هيئات ومؤسسات أهلية تقوم بتقديم خدمات للمكفوفين تشمل التعليم الحر، ورعايتهم ثقافيا ومهنيا واجتماعيا.

٣- الجهود شبه الحكومية:

مثل المركز النموذجى لرعاية المكفوفين بالزيتون الذى أنشئ عام ١٩٥٣ بالتعاون مع هيئة الأمم المتحدة ممثلة فى مكتب العمل الدولى بجينيف وبين الحكومة ممثلة فى وزارة الشئون الاجتماعية (سابقا) وزراة التضامن الاجتماعى حالياً.

وهو يعتبر مركزا إقليميا يقدم الخدمات للمكفوفين فى مصر والبلاد العربية، ويشتمل المركـز على مدارس لتعليم المكفوفين (ابتـدائى وإعدادى وثانوى) وتشرف عليها وزارة الـتربية والتعليم. وبهـا قسم لتعليم الكفيـفات التربية المنزليـة ومبادئ الكتابة والقـراءة، وقسم آخر للتأهيل المهنى على الصناعـات التى تتناسب وقدرات المكفوفين. وبالمركـز نماذج للخدمات التأهيلية للكفـيف من تعليم وتوجيه وتدريب وتشغيل ورعاية نفـسية وطبية واجتمـاعية وقسم للبحوث العلمـية حول مشكلات المكفوفين ووسائل الوقاية من كف البصر.

ثالث عشر: بيان ببعض المؤسسات التى ترعى المكفوفين

- من المؤسسات الحكومية التى تقدم الخدمات التعليمية والمهنية للمكفوفين:

مدارس النور الإبتدائـية، والإعدادية، والثانوية بالإضافـة إلى مدراس النور المهنية والتى تبدأ بالمرحلة الإعدادية وهى منتشرة بمختلف محافظات الجمهورية.

- اما من أهم المؤسسات والجمعيات الأهلية:

جمعـية النور والأمل بمصر الجديدة، ومـعهد الكفيفـات المسيحيـات الخيرى بالقاهرة، مؤسســه السيدة نفيسة لفاقـدى البصر بحلوان، وجمعيـة الكرامة القبطية بشبرا، ومعهد الإسكندرية الخيرى لفاقدى البصر بالإسكندرية، ومؤسسة المكفوفين بالاسكندرية.

- ومن المؤسسات شبه الحكومية:

المركز النموذجى لرعـاية المكفوفين بالزيتون وقد سبق توضـيح أهم الخدمات التى يقدمها.

الفصل الخامس

الصم وضعاف السمع

أولاً: تعريف الصم وضعاف السمع

ثانياً: تصنيفات الصمم وضعف السمع

ثالثاً: أسباب الإعاقة السمعية

رابعاً: التعرف المبكر على الإعاقة السمعية

خامساً: شخصية الأصم وضعيف السمع

سادساً: المشكلات التى تواجه الصم وضعاف السمع

سابعاً: الوقاية من الإعاقة السمعية

ثامناً: الرعاية والخدمات المختلفة المقدمة للصم وضعاف السمع

تاسعاً: التنظيمات والأجهزة القائمة على رعاية الصم وضعاف السمع فى مصر

أولاً: تعريف الصم وضعاف السمع

تعد الإعاقة السمعية والبصرية من أخطر أنواع الإعاقات الحسية تأثيراً على شخصية الإنسان ونموه وتكيفه. ويمكن التمييز بين طائفتين من المعاقين سمعياً وهما الصم وضعاف السمع.

١- تعريف الأصم:

يعرف الأصم بأنه «ذلك الشخص الذى لا يمكنه استخدام حاسة السمع نهائياً فى حياته اليومية». والطفل الأصم هو «ذلك الطفل الذى ولد محروماً من حاسة السمع، أو هو من ولد بحاسة سمع عادية ثم أصيب بالصمم لحظة الولادة أو بعدها مباشرة أو قبل تعلم الكلام أو قبل سن الخامسة بعد اكتساب الكلام واللغة، أى فقدها بمجرد تعلم الكلام لدرجة أن آثار التعلم فقدت وتلاشت بسرعة وأصبح مثل الطفل الذى ولد أصم.

٢- ثقيلو (ضعاف) السمع:

وهم أولئك الذين يكون لديهم قصور سمعى أو بقايا سمع، ومع ذلك فإن حاسة السمع لديهم تؤدى وظائفها بدرجة ما، ويمكنهم تعلم الكلام واللغة سواء باستخدام المعينات السمعية مثل السماعات أو بدونها.

ثانياً: تصنيفات الصمم وضعف السمع

يتم تصنيف الصمم وضعف السمع إلى عدة مستويات وفقاً لشدة الصوت بجهاز يسمى «الأوديوميتر»، وتقدر بوحدات تسمى «الديسيبل»، وكلما زاد عدد هذه الوحدات كان الصوت عالياً وقوياً والعكس صحيح. ومن أمثلة التصنيفات ما يلى:

١- **فقدان سمعى خفيف**: تتراوح درجته بين (٢٠ و ٣٠) ديسبيل ويعد من يعانى من هذه الدرجة فئه بينيه فاصلة بين عاديى السمع وثقيلى السمع، وهذه الفئة يمكنها تعلم اللغة والكلام عن طريق الأذن بالطريقة الاعتيادية.

٢- **فقدان سمع هامشى**: تترواح درجته بين (٣٠، ٤٠) ديسيبل وبالرغم من أن هذه تعانى من بعض الصعوبات فى سماع الكلام ومتابعة ما يدور حولهم من أحاديث عادية، إلا أنهم يمكنهم الاعتماد على آذانهم فى فهم الكلام أو تعلم اللغة.

٣- **فقدان سمعى متوسط**: تتراوح درجته بين (٤٠ و ٦٠) ديسيبل، وتعانى هذه الفئة من صعوبات أكبر فى الاعتماد على آذانهم فى تعلم اللغة ما لم يعتمدوا على بصرهم كحاسة مساعدة، وما لم يستخدموا بعض المعينات السمعية المكبرة للصوت كالسماعات، ويحصلوا على التدريب السمعى اللازم.

٤- **فقدان سمعى شديد**: تتراوح درجته بين (٦٠ و ٧٥) ديسيبل ويحتاج أفراد هذه الفئة إلى خدمات خاصة لتدريبهم على الكلام وتعلم اللغة حيث يعانون من صعوبات كبيرة فى سماع الأصوات وتمييزها ولو من مسافة قريبة، إضافة إلى عيوب النطق، ويعدون صماً من وجهة النظر التعليمية.

٥- **فقدان سمعى عميق**: تبلغ درجته ٧٥ ديسيبل فأكثر، وأفراد هذه الفئة لا يمكنهم فى أغلب الأحوال فهم الكلام وتعلم اللغة سواء بالاعتماد على آذانهم أو حتى مع استخدام المعينات السمعية.

ويرى التربويون أن:

الصم: يقصد بهم أولئك الذين يعانون من عجز سمعى درجته ٧٠ ديسيبل فأكثر:

أما ثقيلو أو ضعاف السمع: فهم أولئك الذين يعانون من صعوبات أو قصور فى حاسة السمع يتراوح بين (٣٠ وأقل من ٧٠) ديسيبل.

ثالثاً: أسباب الإعاقة السمعية

توجد عوامل وراثية وعوامل أخرى بيئية تعمل على الإصابة بالصمم وضعف السمع وهذه العوامل هى:

١- العوامل الوراثية:

وهى من أكثر الأسباب المسئولة من حالات الصمم الخلقى (الولادى) الذى يمثل ٦٠٪ تقريباً من حالات الصمم.

فالملاحظ أن الصمم ينتج فى بعض الأسر نتيجة الزواج من الأقارب على مر الأجيال المتعاقبة، أو نتيجة لعوامل تكوين الجنين ذاته. وعلى ذلك ففقدان السمع الوراثى قد ينتقل من والدين يتمتعان بسمع عادى ولكنهما يحملان عوامل وراثية للصمم.

٢- العوامل البيئية:

أ- عوامل قبل الولادة، ومنها على سبيل المثال:

- تناول الأم بعض الأدوية والعقاقير الضارة أثناء الحمل.
- تعاطى الأم الكحوليات والمخدرات أثناء الحمل.
- إصابة الأم الحامل ببعض الأمراض مثل: الحصبة الألمانية والزهرى وأمراض التهاب الأغشية أو الجدرى وغيرها مما يترتب عليه إصابة الطفل بصمم عضوى.
- إصابة الأم ببعض الأمراض التى قد تؤثر على نمو الجنين بشكل غير مباشر وعلى تكوين جهازه السمعى كمرض البول السكرى.

ب- عوامل ترجع للولادة العسرة، ومنها:

- اختناق الجنين أثناء الولادة الناتج عن عدم كفاية الأكسجين، مما يترتب عليه موت الخلايا السمعية وإصابة الطفل بالصمم.
- الولادات المبكرة قبل اكتمال الجنين، مما يعرضه للإصابة ببعض الأمراض نتيجة عدم اكتمال نموه ونقص المناعة لديه.

جـ- عوامل بيئية فى الطفولة المبكرة، مثل:

- تعرض الطفل للإصابة ببعض الأمراض مثل الالتهاب السحائى، والحمى المخية الشوكية والحصبة والتيفود والدفتيريا، والحمى القرمزية، والأنفلونزا الحادة والمتكررة.

- تعرض الجهاز السمعي للطفل لبعض الأمراض التى تؤدى إلى ظهور المشكلات السمعية، كالتهاب الأذن الوسطى الشائع فى الطفولة المبكرة، وأورام الأذن الوسطى.
- دخول بعض الأشياء الغريبة داخل الأذن أو القناة الخارجية مثل الحصى والحشرات والخرز والأوراق وغيرها.
- التعرض للحوادث والضوضاء الشديدة، مما قد يؤدى إلى إصابة بعض أجزاء الجهاز السمعي، كإصابة طبلة الأذن الخارجية بثقب وحدوث نزيف فى الأذن نتيجة آلة حادة أو لطمة أو صفعة شديدة، أو التعرض لبعض حوادث السيارات والسقوط من أماكن مرتفعة، أو وجوده فى أماكن بها ضجيج وضوضاء شديدة كبعض الورش والمصانع أو المطارات. . . إلخ.

رابعاً: التعرف المبكر على الإعاقة السمعية

توجد بعض المؤشرات والأعراض السلوكية التى قد تدل على احتمال فقدان أو ضعف السمع لدى الطفل ومنها:

- إخفاق الطفل فى الكلام فى السن العادية.
- عدم فهم الطفل واستجابته للكلام والنداء المتكرر عليه.
- انعدام تجاوب وتمييز الطفل للأصوات.
- وجود تشوهات خلقية فى الأذن الخارجية.
- شكوى الطفل المتكررة من وجود آلام وطنين فى أذنيه.
- نزول إفرازات صديدية من الأذن.
- عزوف الطفل عن تقليد الأصوات.
- عدم استجابة الطفل للصوت العالى أو حتى الضوضاء الشديدة.
- اقتراب الطفل كثيراً من الأجهزة الصوتية ورفع درجة الصوت بشكل غير عادى كالتليفزيون والراديو.

- معاناة الطفل من بعض عيوب النطق واضطرابات الكلام.
- تأخر الطفل دراسياً برغم قدراته العقلية العادية.
- تحدث الطفل بصوت أعلى بكثير مما يتطلبه الموقف.
- خلو تعبيرات وجه الطفل من الانفعال الملائم للكلام الموجه إليه أو الحديث الذى يجرى من حوله.
- يبدو الطفل غافلاً متكاسلاً فاتر الهمة وسرحان.

* هذا، ويجب أن نعرف أن بعض هذه المؤشرات والأعراض قد لا ترجع بالضروره إلى وجود صمم أو ضعف سمع، حيث تتداخل هذه المؤشرات والأعراض مع بعض الإعاقات الأخرى كالتخلف العقلى، أو قد ترجع إلى عيوب فى جهاز النطق وليس الجهاز السمعى، أو قد ترجع إلى عوامل بيئية مثل أسلوب تنشئة (تربية) الطفل غير السوية.

خامساً: شخصية الأصم وضعيف السمع

١- شخصية الأصم:

- يعيش الطفل الأصم فى عالم خال من أى صوت يدفعه للشعور والإحساس بما يراه ويلمسه، فكل شيء بالنسبة له ساكن بارد، خال من العطف والحنان. لذا يبدو هذا الطفل وكأنه يعيش فى عالم غريب لا صلة لديه، كما أنه غير قادر على السؤال عما يدور حوله فيشعر بالخوف والتذمر والعزلة والحيرة والقلق والغضب لعدم قدرته على فهم من وما حوله وعدم قدرة من حوله على فهمه.
- عدم قدرته على إدراك الظواهر الطبيعية والحوادث اليومية والقيم والعلاقات الاجتماعية وغيرها، ولهذا يستحيل على الأصم أن يتفهم روح الدعابة أو النكتة التى تعبر عنها التعبيرات الصوتية.
- تتسم شخصية الأصم بعدم الاتزان الانفعالى والعاطفى، وهو يميل إلى الاندفاعية والعدوانية والتمركز حول الذات، كما أنه يميل إلى العزلة والانطواء.

- **شخصية الأصم تتسم بالصلابة وعدم المرونة.. وهذه السمات وغيرها تعمل على تأخر الطفل فى التعلم والتحصيل الدراسى مقارنة بأقرانه من العاديين.**
- **لا يختلف الطفل الأصم عن العادى فى قدراته العقلية، إنما يختلف فى قدرته على التعامل مع الآخرين ومشاركتهم وسائل اتصالهم المختلفة التى تعتمد على السمع والكلام.**
- **تتسم شخصية الأصم الذى ينتمى إلى أسر ليس بها أطفال (صم) آخرون بأنهم أقل توافقاً عن الأصم الذى يوجد فى أسر بها حالات صمم أخرى.**

*** هذا، وتختلف شخصية الأطفال الصم عن بعضهم البعض نتيجة لاختلاف زمن ودرجة إصابتهم بالصمم؛ بالإضافة إلى الظروف التى ترجع إلى تنشئة (تربية) الأصم.**

٢- شخصية ضعيف السمع:

لا تختلف شخصية ضعيف السمع كثيراً عن شخصية أقرانهم من عاديى السمع، إلا أنهم أكثر انطواء وانسحاباً من المجتمع. ولا توجد فروق فى الذكاء بينهم وإن كان تحصيله الدراسى أقل من العاديين خاصة إذا لم يراع ضعف سمعهم وجلوسهم فى الصفوف الأمامية فى الفصول الدراسية بما يتناسب وقدراتهم السمعية، وكلما زاد الضعف السمعى زادت مشكلات التعلم والتحصيل.

سادساً: مشكلات الصم وضعاف السمع

١- مشكلة الاتصال:

تعد مشكلة أو صعوبة الاتصال من أهم المشكلات التى يعانى منها الذين يتعاملون مع المعاقين سمعياً نظراً لعدم فهمهم، وهى تحد من إمكانية تقديم المساعدة والخدمات المختلفة لهم.. ولذلك لا بد من التعرف على طرق الاتصال المختلفة بهم؛ ومن هذه الطرق:

الطريقة السمعية: وتستخدم مع من يعانون من الإعاقة السمعية الخفيفة، وتستخدم بجانب طرق أخرى مثل **طريقة قراءة الشفاه** التى تعتمد على قدرة المعاق

سمعياً على ملاحظة حركات الفم والشفاه والحلق واللسان وترجمة هذه الحركات إلى أشكال صوتية، وكذلك تستخدم معهم **لغة الإشارة أو الأصابع الهجائية، والإيماءات** التى تدل على مفاهيم معينة بالإضافة إلى **حركات الجسم المعبرة، وتعبيرات الوجه المختلفة**. هذا، وينبغى استخدام أكثر من وسيلة فى عملية الاتصال.

٢- مشكلات خاصة بالتنشئة الاجتماعية:

تلعب اللغة المسموعة دوراً كبيراً فى تعليم الطفل نتائج سلوكه وشرح مختلف المواقف، ولا يستطيع الآباء والأمهات استرجاع آثار ناتجة عن خبرات سابقة مع الطفل أو تحذيره من نتائج سلوكه، علاوة على صعوبة تعبير الطفل الأصم عن مشاعره. كذلك من الصعوبة تعليم الطفل القيم الاجتماعية المختلفة لذا نجد هناك صعوبة فى التفاهم مع شخصيته التى تتسم بالاندفاعية والتهور مع تعرضه لنوبات حادة من الانفعالات تجعله عرضة للعقاب البدنى ورفض الآباء لمشاعره أو الخضوع والاستجابة لجميع رغباته.

٣- مشكلات نفسية:

مثل عدم الاتزان الانفعالى والانطواء، والشعور باليأس والنقص والقلق، والحساسية المفرطة لتصرفات الناس، والشك الدائم فى المحيطين به، وأحياناً تتملكهم عقدة الاضطهاد وغيرها من الاضطرابات النفسية؛ لذا تظهر على البعض منهم علامات القسوة وحب الذات وعدم التعاطف مع الغير وصعوبة التعامل معهم.

٤- مشكلات اقتصادية:

وهى تكمن فى صعوبة إيجاد الأعمال التى توفر لهم الدخل الملائم فيصبحون عالة على أسرهم ومجتمعهم؛ لهذا فإن الاهتمام بعملية تأهيلهم مهنياً ومساعدتهم على إيجاد الأعمال التى تتناسب مع قدراتهم يساهم فى مواجهة مشكلاتهم الاقتصادية ويعمل على تنمية ثقتهم فى أنفسهم وفى الآخرين ويقلل من حدة الاضطرابات النفسية التى يعانون منها.

٥- مشكلات تعليمية:

وهذه المشكلات ناتجة عن أن تعليم الصم يتطلب مدارس خاصة ومدرسين مؤهلين ومدربين ومعدين للتعامل مع الصم وضعاف السمع، ويتسمون بصفات شخصية تتسم بالحب والرغبة فى مساعدتهم بالإضافة إلى تعلمهم لطرق الاتصال المختلفة بالصم وضعاف السمع؛ نظراً لأن تعليمهم يعتمد على هذه الطرق السابق الإشارة إليها، مع استخدام وسائل تعليمية خاصة مثل المرايا والوسائل التوضيحية بالإضافة إلى الرسم كوسيلة أساسية فى التعلم.

سابعاً: الوقاية من الإعاقة السمعية

- توعية عامة المجتمع بمختلف الطرق والوسائل المرئية والمسموعة والمقروءة الرسمية وغير الرسميه، بأسباب الإعاقة السمعية، للحد منها كزواج الأقارب لاسيما فى العائلات التى يعانى أفرادها من الصمم الوراثى، والحميات وتعاطى بعض الأدوية الضارة بالسمع وتطعيم الأطفال فى المواعيد المناسبة ضد بعض الأمراض.
- تعميم الطعوم الثلاثية ضد الحصبة، والغدة النكفية، والحصبة الألمانية فى جميع الأعمار الزمنية خاصة للإناث فى سن الزواج.
- العناية بصحة الأم الحامل وتغذيتها، وعدم تناولها للأدوية إلا تحت الإشراف الطبى اللازم.
- التوسع فى إنشاء المراكز الطبية المتخصصة والوحدات السمعية فى مختلف المحافظات، لإجراء الفحوص الطبية الدورية على الأطفال، والاكتشاف المبكر لأمراض السمع وتشخيص حالات الإعاقة السمعية فى مراحلها الأولى، وتقديم الخدمات العلاجية المناسبة.
- العمل على توفير الأجهزة والمعينات السمعية وقطع غيارها، لضعاف السمع وإعفائها من الرسوم الجمركية وتشجيع رجال الصناعة على إنتاجها أو تجميعها محلياً.

- المحافظة على استثمار القدرات المتبقية لدى الصم وضعاف السمع إلى أقصى درجة ممكنة من خلال الرعاية والخدمات المختلفة التى تقدم للأطفال فى سن ما قبل المدرسة.

ثامناً: الخدمات الموجهة للصم وضعاف السمع

١- الخدمات التعليمية:

انتشرت المدارس التى ترعى المعاقين سمعيا تعليميا والتى تسمى بمدارس الأمل للتربية السمعية انتشاراً ملحوظا، إذ وصل عددها عام ١٩٩٠ إلى إحدى وثلاثين مدرسة، فضلاً عن الفصول الملحقة بمدارس التعليم العام، وفى عام ٩٥ - ١٩٩٦ بلغ عدد هذه المدارس ثلاثا وأربعين مدرسة بالإضافة إلى ستة وعشرين فصلاً ملحقاً بمدارس العاديين، وتغطى هذه المدارس والفصول خمسا وعشرين محافظة، كما تستوعب ٩٣٣٤ تلميذاً وتلميذة.

وتشمل المراحل الدراسية للصم وضعاف السمع فى مصر، رياض الأطفال، والحلقة الابتدائية والإعداديه من التعليم الأساسى، والمرحلة الثانوية الفنية.

وجدير بالذكر أن الأطفال الصم يتعلمون ببطء ويصل تخلفهم عن أقرانهم العاديين فى نفس السن من ثلاث إلى أربع سنوات ولذلك لا يستطيعون استيعاب المناهج والمواد الدراسية بسرعة مثل الأطفال العاديين. ويلتحق الأطفال الصم بالصف الأول من الحلقة الابتدائية من التعليم الأساسى عندما تتراوح أعمارهم بين (٥ - ٧ سنوات) ويجوز أن يصل عمر الطفل عند بداية التحاقه بالصف الأول ٩ سنوات، وتستمر الدراسة لمدة ثمانى سنوات، تليها الحلقة الإعدادية ومدتها ثلاث سنوات، ثم المرحلة الثانوية ومدتها ثلاث سنوات أيضاً وتركز هاتان المرحلتان على الإعداد المهنى للطلاب الصم.

ولتحقيق مزيد من الفاعلية لتعليم الصم وضعاف السمع يلزم:

- توفير برامج تعليمية موازية للوالدين، وتدريبهم على مهارات العمل والتواصل مع أطفالهم الصم وضعاف السمع، وتعلم وسائل الاتصال المختلفة معهم.

- تزويد مدارس وفصول الأمل بالوسائل والأجهزة السمعية الحديثة والكافية.
- أن تكون موضوعات المناهج الدراسية وثيقة الصلة بالحياة اليومية لهم وتنمى معارفهم ومهاراتهم.
- مراعاة الفروق الفردية تبعاً لاستعدادات الطفل السمعية وخصائصه واحتياجاته.
- العناية بالنشاطات المدرسية كالمعسكرات والرحلات وجماعات النشاط الفنى والثقافى والرياضى والاجتماعى... إلخ.
- إعداد الفصول الدراسية بما يتلاءم واحتياجات المعاقين سمعيا.

٢- الخدمات النفسية:

وتقدم للأصم وضعيف السمع لتغيير نظرته إلى نفسه وتقبله للإعاقة مع الاستفادة من إمكاناته وقدراته المتبقية، والعمل على مساعدته على التغلب على الاضطرابات النفسية التى يعانى منها؛ وتعديل اتجاهاته السلبية نحو الآخرين، وإجراء الاختبارات المختلفة للتعرف على قدراته وشخصيته والمساهمة فى وضع خطة للتعامل معه كفرد.

٣- الخدمات الطبية:

ويقدمها طبيب الأنف والأذن والسمعيات وما يتطلبه ذلك من أجهزة طبية مع توفير العلاج اللازم للأصم وضعيف السمع فى حالة وجود أية مشكلة صحية تعتريه ووقايته من الأمراض المختلفة، بالإضافة إلى توفير الوسائل السمعية اللازمة المعينة لهم فى حالة احتياجهم لها، وفى حدود قدراتهم السمعية المتبقية.

٤- الخدمات المهنية:

يحتاج الأصم وضعيف السمع إلى عملية تأهيل مهنى يتناسب وقدراتهم ومهاراتهم الخاصة وحالتهم الصحية. والتأهيل المهنى للأصم وضعف السمع له فوائد متعددة؛ منها إعطاؤه الفرصة للتدريب على عمل مناسب للدراسة الخاصة التى حصل عليها فى مدارس الأمل التى تعمل على توجيهه مهنيا ثم مساعدته فى الحصول على العمل ومتابعتهم فى مجالات عملهم المختلفة.

هذا، ويمكن توجيه الأصم وضعيف السمع لبعض الأعمال التى لا تحتاج إلى حاسة السمع. ومما ينبغى ذكره والإشارة إليه فى هذا المجال أن بعضا من الصم وضعاف السمع أتاح لهم بعض رجال الأعمال الفرصة للعمل فى مصانع النسيج وتصميم وحياكة الملابس فأظهروا كفاءة وكفاية إنتاجيه عالية وجدية واضحة فى العمل مما جعل أحدهم يستخدم فى مصانعه ذوى الإعاقة السمعية فقط وجعل منهم قدوة يحتذى بها فى الجدية والكفاءة فى العمل، كما توجد بعض المطاعم التى تستعين بالمعاقين سمعيا فقط فى تقديم الخدمة لزوارها ويزداد التردد عليها لنجاح أسلوب الخدمة بها.

٥- الخدمات الاجتماعية:

تعمل الخدمة الاجتماعية مع المعاقين سمعياً فى كل ما يتصل بحياتهم الدراسية والمهنية، والعمل على مساعدتهم فى التغلب على ما يعترضهم من مشاكل تعوق وتعترض تعليمهم وتدريبهم وتأهيلهم مهنيا وتوظيفهم وتكوين علاقات اجتماعية ناجحة وطيبة مع الآخرين.

أ- الخدمات المقدمة لنسق المعاق سمعياً وأسرته:

- مساعدة المعاق نفسيا فى التغلب على أو على الأقل التخفيف من حدة الضغوط النفسية الناتجة عن الإعاقة وعن الظروف البيئية المختلفة.
- مساعدة أسرته على التغلب على المشاعر السلبية تجاهه والعمل على تقبله بكل ظروفه وقدراته واحتياجاته، ومساعدتها على التعرف على كيفية التعامل معه وتعلم طرق الاتصال معه بمساعدة المؤسسات المختلفة التى تقدم خدماتها له.

ب- الخدمات المقدمة لنسق جماعات المعاقين:

- مساعدة المعاقين سمعيا على ممارسة الأنشطة الجماعية المختلفة كوسيلة ترفيهية للاستفادة من أوقات الفراغ يتعلم من خلالها العادات والاتجاهات الإيجابية السليمة وينمى علاقاتهم مع الآخرين.
- المساهمة فى تنمية شخصيتهم ومعاونتهم على أن يصبحوا أعضاء نافعين منتجين فى المجتمع.

- مساعدة الأصم وضعيف السمع على تحمل المسئولية داخل الجماعة.
- العمل على اكتساب المواهب والقدرات الخاصة لديهم والعمل على تنميتها واستغلالها.
- مساعدتهم على الاستفادة والاستمتاع بوقت فراغهم بتهيئة المجالات الترويحية والترفيهية داخل الأندية والمؤسسات والساحات الشعبية بقصد تحسين علاقاتهم الإنسانية ومقابلة حاجاتهم النفسية والاجتماعية.

جـ- الخدمات المقدمة لنسق المؤسسة والمجتمع:

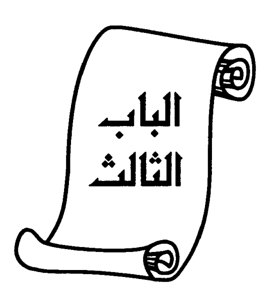
- زيادة إمكانات المؤسسة حتى يمكنها تأدية الخدمات اللازمة فى أحسن صورة العمل.
- العمل على تحسين خدمات المؤسسة التى تقدمها والقضاء على أوجه القصور والنقض منها.
- العمل على توعية أفراد المجتمع بأسباب الإعاقة السمعية وطرق الوقاية منها.

تاسعاً: التنظيمات والأجهزة الخاصة برعاية الصم وضعاف السمع فى مصر

- تعددت هذه الأجهزة لتشمل أجهزة حكومية تابعة لوزارة التربية والتعليم وتتمثل فى إنشاء فصول للأمل للصم بمراحلة التعليم الأساسى (الحلقة الابتدائية والإعدادية) والمرحلة الثانوية الفنية، كما سبق أن أشرنا، كذلك تهتم الوزارة بإعداد وتأهيل المدرسين اللازمين للعمل فى هذه المدارس حتى وصل عدد هذه المدارس إلى ثلاث وأربعين مدرسة عام ٩٥ - ١٩٩٦، ومازالت الوزارة تهتم بإنشاء هذه المدارس لتقابل الأعداد المتزايدة من المعاقين سمعياً.
- كذلك تقدم وزارة التربية والتعليم خدماتها لضعاف السمع فأنشأت الفصول الملحقة بمدارس العاديين والتى بلغ عددها عام ٩٥ - ١٩٩٦ إلى ستة وعشرين فصلاً، وتضاعف هذا العدد لخدمة ضعاف السمع.
- كذلك تقدم وزارة الصحة خدماتها العلاجية والوقائية للمعاقين سمعيا من تلاميذ المدارس، وتعمل على إجراء الكشف المبكر لحالات ضعف السمع

منهم، وتسهل حصول التلاميذ على الوسائل السمعية المعينة لهم مثل السماعات، مع المساهمة فى ثمن تكلفة الجهاز بعد إجراء البحث الاجتماعى اللازم لهم. ومن المراكز التى تقوم بتقديم هذه الخدمات مركز السمعيات بباب اللوق، وكذلك مستشفيات التأمين الصحى المختلفة من خلال تعميم التأمين الصحى للتلاميذ بالمراحل الدراسية المختلفة وفى جميع المدارس الحكومية والخاصة.

- كذلك توجد العديد من الهيئات الأهلية التى تقوم برعاية الصم والبكم منها «الجمعية المصرية لرعاية وتأهيل الصم والبكم» والتى تعد من الجمعيات الأساسية لرعاية الصم فى القاهرة، وتعمل على تقديم مختلف الخدمات لهم ومقرها (٢١ ش أبو بكر الصديق مصر الجديدة).



الخدمة الاجتماعية مع المعاقين

الفصل السادس: الاتجاهات الحديثة فى مجال رعاية المعاقين من منظور الخدمة الاجتماعية

الفصل السابع: الرعاية الأسرية للمعاقين

الفصل الثامن: العمل الفريقى فى مؤسسات رعاية المعاقين

الفصل التاسع: أدوار الأخصائى الاجتماعى مع المعاقين

الفصل العاشر: التسجيل فى مؤسسات رعاية المعاقين

الفصل السادس

الاتجاهات الحديثة فى مجال رعاية المعاقين من منظور الخدمة الاجتماعية

أولاً: الاتجاه العلاجى فى مجال رعاية المعاقين

ثانياً: الاتجاه الوقائى فى مجال رعاية المعاقين

ثالثاً: الاتجاه التنموى فى مجال رعاية المعاقين

رابعاً: التدخل المهنى فى مجال رعاية المعاقين

مقدمة:

سوف يتم عرض للاتجاهات الحديثة فى مجال رعاية المعاقين من منظور الخدمة الاجتماعية وذلك من خلال عرض الاتجاهات التالية:

- الاتجاه العلاجى.
- الاتجاه الوقائى.
- الاتجاه التنموى.

ثم نقوم بعرض للتدخل المهنى فى مجال رعاية المعاقين.. وفيما يلى عرض لذلك بشىءمن التفصيل:

أولاً: الاتجاه العلاجى فى مجال رعاية المعاقين

ويشمل العديد من المداخل الأخرى التى تنطوى تحته ومنها:

الاتجاه المعرفى: congniative Approach

يعتبر الاتجاه المعرفى من المداخل الحديثة فى العمل مع الأفراد ويستهدف التعامل مع الأفكار غير المنطقية والانفعالات غير المنضبطة والسلوكيات الخاطئة، وذلك بهدف تصحيح فكر المعاق ومشاعره مما يجعله شخصا قادرا على التفاعل بإيجابية مع الأحداث فى ضوء انفعالات رشيدة وأفكار عقلانية وسلوك سوى. ومن الممكن أن يقوم على عدة افتراضات أهمها:

أ- أن الفكر الإنسانى عملية شعورية تعبر عن مجموعة الدوافع والانفعالات والسلوك تحت تأثير مواقف الضغط، وهنا يحتاج المعاق لمساعدة الآخرين فى اكتشاف مصادر القوة عنده ليتمكن من استخدامها بشكل إيجابى.

ب- إذا تبنى المعاق اتجاهات غير عقلانية، فإن هذا قد يؤدى إلى سلوك غير عقلانى مع المحيطين.

جـ- هنا يحتاج المعاق إلى «علاقة مهنية» تتيح له فرص التعبير عن المشاعر باعتبارها علاقة علاجية؛ لذا فهناك أنواع متعددة لهذا الاتجاه.

د- يحتاج المعاق أيضاً إلى أساليب علاجية أخرى مثل (المواجهة، والإقناع، والتوضيح، والتفسير، وتبادل المقترحات، والتعلم الذاتى) لتصحيح الأفكار الخاطئة، ومن ثم السلوك اللاتوافقى للمعاق، وهناك أيضاً تقديم المشورة، والمعلومة الخاصة بمؤسسات رعاية وخدمة الأسرة.

أنواع العلاج المعرفي:

العلاج الواقعى: ويصلح للاستخدام مع المعاقين لأنه يقوم على مسلمة قوة الإنسان وإمكانياته، إذا ما وجه بالواقع ومنح فرصا لتحمل المسئولية.

العلاج العقلانى الانفعالى: وهو يهدف إلى زيادة وعى المعاق بمشكلاته الذاتية والبيئية، مع مناقشة الأفكار غير المنطقية الخاطئة والتى تتسبب فى استمرارية هده المشكلات، وفيه يعمل الأخصائى الاجتماعى المعالج بعد مناقشة هذه الأفكار مع المعاق إلى استبدالها بأخرى بناءة، تؤدى إلى سلوك اجتماعى مرغوب. . إلخ.

مع الاهتمام بالعلاج البيئى، وفيه يركز على تأمين المعاقين الذين لا يملكون المصادر الرئيسية للمعيشة، أو من يخشى عليهم أهاليهم بفقدان الرعاية فى حالة وفاتهم، أو مساعدتهم فى المسائل التى تتعلق بالأمن والإسكان. . . إلخ.

ومن أهداف هذا الاتجاه ما يلى:

- الربط بين أهداف أسرة المعاق، والأفكار التى تتبناها لتحقيق هذه الأهداف.
- تحقيق مبدأ الاقتناع الداخلى، نتيجة التشاورات التى يجب أن تتم بين المعا[illegible] ونفسه، وبمساعدة الأخصائى الاجتماعى يتمكن المعاق من تحديد أفكاره ومعتقداته اللاعقلانية، وبتطبيق أساليب الإقناع والبصيرة يمكن إحداث التغيير.
- مساعدة أفراد أسرة المعاق، على توظيف القدرات الفعلية لهم بشكل مناسب فى ظل علاقة مهنية، ويفيد هذا التوظيف أبوى المعاق فى جذب الأبناء ومساعدتهم على تقبل إعاقة أحدهم بواسطة الأفكار الحكيمة والاتجاهات الدينية والأخلاقية باعتبار أن الأبوين يمثلان القدوة، كما يساعد هذا الاتجاه أعضاء أسرة المعاق على تفهم الأسلوب المناسب لمعاملته.

٢- نموذج التركيز على المهام: task centered model

ويعتبر من الاتجاهات الحديثة فى الخدمة الاجتماعية التى تتعامل مع المشكلات الفردية والأسرية، وهو يعتبر من أنواع العلاج القصير الذى لا يتطلب وقتاً طويلاً لتنفيذه، ويعتمد على التدخل المنظم من أجل مساعدة العملاء (المعاقين) مثلاً على تحمل المسئولية فى مواجهة مشكلاتهم.

وترجع أهمية هذا الاتجاه إلى أنه ينظر إلى العميل (المعاق) باعتباره نسقا يدخل فى علاقة تبادلية مع غيره من الأنساق الأخرى، وعلى هذا فإن عمليات التدخل المهنى من منظور هذا الاتجاه تتجه نحو العمل مع هذه الأنساق، من أجل التوصل إلى نتائج إيجابية خلال عملية المساعدة، ويستهدف العمل مع نسق العميل ومساعدته على معرفة وفهم مشكلاته والظروف المؤثرة فيها والتوصل إلى الإجراءات اللازمة لمواجهتها، ويعتمد هذا النموذج على الحاضر وعدم التعمق فى الماضى والواقعية وعدم الاهتمام باللاشعور.

ومن خلال هذا النموذج العلاجى، يتم تحديد مجموعة من الواجبات (المهام) المتصلة بالمشكلة الأسرية مثلاً، ليتم تنفيذ هذه المهام فى ظل علاقة ترابطية بين الأخصائى الاجتماعى وأعضاء النسق الأسرى وفق مجموعة من الحقائق أهمها:

أ- الإيمان بقوة المعاق وقدرته على الاستثمار الجيد لقدراته فى مواجهة المواقف.

ب- هناك التزام لكل من طرفى العلاقة المهنية (الإخصائى الاجتماعى والمعاق)، فى تحمل المسئوليات من خلال عمليات المساعدة.

جـ- تدريب أعضاء الأسرة على تحمل المسئوليات هو بداية للاعتماد على الذات فى مواجهة المشكلات المستقبلية.

د- إنجاز المهام يجب أن يكون محددا بزمن معين يتسم بالمرونة والاختيار الحر فى أسلوب الإنجاز، والمهم أن يتم ذلك فى إطار ثقافى وقيمى معين.

هـ- يفيد هذا الاتجاه فى مواجهة مشكلات المعاقين مع أسرهم، وفى الخلافات الأسرية.

دور الأخصائى الاجتماعى فى إنجاز المهام:

يقوم الأخصائى الاجتماعى والمعاق بمجموعة من الأنشطة المتبادلة لتسهيل إنجاز المهام المتعلقة بحل المشكلة وهى:

- التحديد الدقيق للمشكلة، وتقدير التقدم الذى يحدث فيها.
- تخطيط المهام بمعنى مساعدة المعاق على وضع خطة المهام اللازمة لحل مشكلته فى ضوء الإمكانيات المتاحة، وأن يشعر المعاق بالفائدة التى ستعود عليه من القيام بإنجاز المهمة.
- يقوم الأخصائى الاجتماعى و المعاق بمحاولة اكتشاف المهام أو الأعمال المختلفة الواجب القيام بها لتخفيف حدة المشكلة واستنباط البدائل.
- محاولة الاتفاق على المهام باختيار البدئل التى يظهر المعاق استعدادا لتنفيذها.
- تنفيذ المهام بمعنى تحديد الخطوات المطلوب القيام بها لإنجاز المهمة.
- تحليل العوائق أى محاولة التعرف على الصعوبات المرتبطة بتنفيذ المهمة، والتى قد ترجع لأسباب بيئية خاصة بالموقف، أو لأسباب تتعلق بشخصية المعاق.
- بناء وقت المقابلة ويتضمن تحديد موعد المقابلة التالية، والأشخاص الذين سوف يحضرون المقابلة، والتخطيط للموضوعات التى سوف تناقش فيها.
- تخطيط مهام الأخصائى الاجتماعى بمعنى تحديد المسئوليات التى يمكن أن يسهم بها الأخصائى للتخفيف من حدة المشكلة التى يعانى منها المعاق.
- مراجعة مهام المعاق ويتضمن التأكد من أن المعاق قام بتنفيذ المهام المتفق عليها فى المقابلة السابقة، ويتضمن أيضاً مراجعة تنفيذ المهام ككل عقب الانتهاء من العمل مع المعاق كحالة.
- مراجعة مهام الأخصائى لمعرفة مدى نجاح الأخصائى فى المهام التى اتفق مع العميل على القيام بها، وتتم المراجعة فى نهاية كل مقابلة وفى نهاية الحالة.

ومن أهم التكتيكات المستخدمة فى هذا الاتجاه:

التوضيح، والتشجيع، والتوجيه، والفهم الواضح، والتفسير.

٣- نظرية الأزمة: crisis Theory

تعد نظرية الأزمة من أفضل المداخل للتعامل مع الأفراد الذين يتعرضون لمواقف ضاغطة تتسبب فى إثارة مشاعر حادة، مما يعجزهم عن التصدى للتحولات التى تحدث لهم، وما تشمله هذه التحولات من أحداث ضاغطة.

هناك أهداف يحققها هذا الاتجاه منها:

أ- الترابط والتكامل بين المهنة وكافة المهن الأخرى التى يمكنها مساعدة المعاق فى أزمته، فى إطار تعاونى لإستعادة التوازن لأسرة المعاق، وللمعاق ذاته.

ب- إحداث تغيير أو تعديل فى بعض السلوكيات (العادات) للمعاق ذاته ولأسرته إذا كان هذا التغيير يفيد فى العلاج وذلك بالاستعانة بالمدخل السلوكى، كما يمكن الاستعانة أيضاً مع هذا المدخل بمدخل التركيز على المهام.

جـ- تدعيم مركز المعلومات الذى يتضمن كافة الحقائق والبيانات الرقمية والنظرية التى تساعد على معرفة الهيئات والمؤسسات الاجتماعية التى تخدم المعاقين وأيضاً اللوائح والقواعد التى تنظم تبادل الخدمات أو الحصول عليها.

د- يقسم العمل المهنى مع المعاقين من خلال هذا الاتجاه إلى ثلاثة مستويات هى:

- **المستوى الأول:** ويتضمن «الخدمات السريعة» والتى تتمثل فى سرعة إزالة الضغوط النفسية المصاحبة للأزمة، وتحويل القلق المصاحب للمشكلة إلى أفكار واتجاهات إيجابية، بهذا يمكن إعادة جذب المعاق وأسرته إلى الواقع الجديد، بل وتشجيعهم على المواجهة الفعالة فى إطار ثقافى معين.

- **المستوى الثانى**: ويحقق أهدافا وسيطية، وهى الخدمات التى تتوسط المستوى الأول والنهائى وتتمثل فى استعـادة الترابط لأسرة المعاق، وتوحد الاتجاهات والأفكار نحو الموقف ثم تنفيذ هذه الأفكار على هيئة مسئوليات يتحملها المعاق وكل عضو من أعضاء الأسرة فى تفاعل ديناميكى موحد.

- **المستوى الثالث**: ويحقق أهدافا نهائية، وهنـا تصل الأسرة ككل إلى مستوى من النضج والتوازن النفسى - الاجتماعى وهى الحالة التى كانت عليها قبل حدوث الأزمـة، وقد تصبح فى ظل التعامل المهنى أكثر قدرة ورغبة على احتواء الموقف بفاعلية أكبر.

٤ - مدخل العلاج الأسرى فى مجال رعاية المعاقين: Family Therapy

تمثل ممارسات العلاج الأسرى فى مـجال رعاية المعاقين اهتمـاماً متزايداً من جانب مهنة الخدمة الاجتماعية.

وتقوم فكرة العلاج الأسرى على الافتراضات التالية:

- من المسلَّم به أن كل إنسان يكافح من أجل إقامة العلاقات مع الآخرين.
- أن كل شخص من خلال تفاعـلاته يبحث عن الإحساس بهويته الشـخصية، وبالتالى فإن كل تغير فى العلاقات ينعكس على تحديد الفرد لنفسه بشكل أو بآخر.

ويركز هذا المدخل على العمل مع نسق الأسرة باعتبارها نسقاً يحتاج لتوجيه فى معظم ممارسات الخدمة الاجتماعية.

وبتطبيق هذا فى مجال رعاية المعاقين يتحقق العديد من الأهداف منها:

- استعادة قدرات أعضاء أسرة المعاق ورغبتهم فى مواجهة مشكلاتهم بأنفسهم.
- الارتقاء بالمسـتوى الوظيـفى (مستـوى الأداء) لأعضاء أسـرة المعاق لتحـقيق أهدافهم.
- استعادة التـوازن بعد مواجهة العديد من الضغـوط الداخلية المؤثرة على أسرة المعاق، ليعود التماسك فيما بينهم ومن ثم العلاقات الإيجابية.

- تصحيح مسار قنوات الاتصال بين أعضاء أسرة المعاق بحيث يستشعر الأعضاء أهمية هذا التصحيح فى استعادة الترابط، وهذا هو الدور الأساسى للأخصائى الاجتماعى.

وتتقدم الأسرة لطلب المساعدة عندما تتعرض أسرة المعاق أو أحد أفرادها لبعض المشكلات التى قد تنجم عن أنماط اتصال غير سليم كوجود طفل معاق سمعياً بينها، مما يؤدى إلى أنماط علاقات واتصالات غير متكيفة، فالأسرة التى بها طفل معاق مثلاً يجد الأباء فيه فرصة لتحميله المشاعر السلبية الناتجة عن سوء العلاقات الزواجية، وبذلك تنعكس على المعاق نفسه مما يؤدى به إلى عدم التكيف مع أسرته وذاته والبيئة المحيطة، وقد تؤدى إلى انحراف سلوكه.

وتعتبر المقابلة أسلوبا يستخدم فى كافة مراحل العلاج الأسرى، ويركز فيه الأخصائى على الأنساق الفرعية فى الأسرة كالنسق الزواجى أو الأبناء أو الأسرة ككل، ويختلف وصف أفراد الأسرة للمشكلة منفردين عن الصورة التى يتحدثون عنها بشكل جمعى، والتفاعل بين أعضاء أسرة المعاق هو العامل المساعد فى فهم الموقف وخاصة أنه يكشف عن الحاضر أكثر من الماضى. وللعلاج الأسرى مراحل متعددة حتى يحقق أهدافه السابق ذكرها. وسوف نتحدث فى ذلك بالتفصيل فى الورقه الخاصة بالرعاية الأسرية للمعاق فى الجزء الخاص منها بالعلاج الأسرى.

٥- مدخل المشورة المهنية فى مجال رعاية المعاقين: counsultation Approach

تعد المشورة المهنية أحد المهام التى يقوم بها الاخصائى الاجتماعى مع المعاقين، وهى عمله كمستشار.

وتعرف الاستشارة فى الخدمة الاجتماعية على أنها:

«عملية مشتركة للمساعدة على حل مشكلة ما يقوم خلالها المستشار بمساعدة طالب الاستشارة على حل مشكلة يعانى منها فى مجال تخصص المستشار».

والمشورة لها أكثر من جانب خاصة فى التعامل مع أسر المعاقين وهى:

- **الاستشارات الفردية:** وهى التى تتم مع المعاقين لتوضيح الخدمات المؤسسية بعد تقدير حجم ونوع الإعاقة وأيضاً حجم ونوع الخدمة.

- **الاستشارات الخاصة بالعمل مع المؤسسة ككل:** ويتم فيها تبادل الآراء والخبرات بين الأخصائى الاجتماعى وفريق العمل المهنى بهدف خدمة المعاقين على أعلى مستوى، أو بهدف تقييم الخدمات وتحليل عناصرها أو تحليل بعض البرامج الثقافية والترويحية... إلخ المقدمة لهم، بما يعود عليهم بالفائدة.

- **الاستشارات فى مواقف خاصة أو محددة من قبل المؤسسة:** وهى تقدم للمؤسسة أو فريق العمل المهنى أو أحد أعضائه فى مواقف خاصة أو محددة من قبل المؤسسة.

- **الاستشارات الأسرية:** يمكن للأخصائى الاجتماعى تقديم المشورة لأسرة المعاق، وتتضمن عملية مساعدة الأخصائى الاجتماعى للأسرة، مساعدتها على فهم طبيعة الإعاقة ومضاعفاتها أو تطورها فى المستقبل، وكذلك مساعدتها على تقبل المعاق نفسه بينهم ومساعدته بشكل جيد ومعاونتهم على تقبل إعاقته من خلال ما يقدمه لهم من المعلومات، والفهم، والنصيحة وأحياناً إمدادهم بالخدمات.

هذا، ويتوقف نجاح الأخصائى الاجتماعى كمستشار على قدرته فى عرض أهدافه ودوره المهنى على إدارة المؤسسة وقدرته على كسب ثقتها من خلال علمه بالنظريات العملية المتصلة بالخدمة الاجتماعية والأنساق الاجتماعية وإدارة المؤسسات الاجتماعية... إلخ، كما أن عليه أن يكون ملما بالمشكلات التى تعانى منها المؤسسة وأساليب حلها... إلخ.

وهناك عدة خطوات تؤدى إلى مشوره مهنية فعالة تتمثل فى:

أ- تحديد الحاجة إلى المشورة المهنية.

ب- المبادرة من قبل العميل بطلب المشورة.

جـ- تحديد المشكلة تحديداً دقيقاً.

د- التفاوض بين الأخصائى الاجتماعى وأنساق العميل (المعاق، أو أسرته أو جماعات ومجتمع المعاقين، أو المؤسسة)، أو فريق العمل المهنى بها أحدهم أو جميعهم على تقديم المشورة.

هـ- تحديد إستراتيجيات التدخل من قبل الاخصائى الاجتماعى.

و- تطبيق خطة العمل وكتابة النتائج.

ثانياً: الاتجاه الوقائى فى مجال رعاية المعاقين

فى الحقيقة أن بعض مداخل هذا الاتجاه تتداخل وترتبط وتحقق ما يحققه الإتجاه التنموى، لكن الفصل بينهما لغرض التوضيح فقط. ويشتمل الاتجاه الوقائى بدوره على عدة مداخل من أهمها:

١- الرعاية الأسرية للمعاق.

٢- تحديد احتياجات المعاقين كمدخل لإشباعها.

٣- التخطيط كأساس لتقديم رعاية متكاملة للمعاقين.

٤- المشاركة فى وضع سياسة رعاية المعاقين.

٥- تقويم فعالية خدمات رعاية المعاقين وكفاءة مؤسساتها.

١- الرعاية الأسرية للمعاق:

نتيجة لوجود عدد كبير من المعاقين مع أسرهم، ونتيجة لأهمية توفير الإشباع اللازم لحاجات المعاق وتوفير التدريب اللازم له تمكيناً لمساعدته على مواجهة القيود والعقبات التى تفرضها الإعاقة بشكل مباشر؛ لذا يتعين على أسرة المعاق القيام بدور رئيسى فى توفير الإشباع اللازم له.

ولكن هل تدرك الأسرة المصرية حقيقة دورها حيال أحد أفرادها المعاقين؟ وما يتضمنه هذا الدور من إشباع لحاجاته المختلفة، وتوفير التدريب اللازم له منذ إعاقته؟ وهل تؤدى الأسرة بالفعل هذا الدور المنوط بها؟ وإلى أى مدى تحتاج هذه الأسرة إلى أخصائى اجتماعى ليقف مسانداً لها فى موقفها الصعب المتمثل فى إعاقة أحد أفرادها؟

وبناء على ذلك فقد ظهرت عدة مداخل للرعاية الأسرية للمعاق، ومن هذه المداخل:

أ- مدخل العلاج الأسرى.

ب- مدخل تعليم الوالدين.

جـ- مدخل الرعاية الأسرية للمعاق فى بيئته وبها.

أ- مدخل العلاج الأسرى:

سبق أن أوضحنا باختصار مدخل العلاج الأسرى فى الاتجاه العلاجى، وسوف يتم عرضه بالتفصيل فى الفصل السابع من هذا الكتاب، وفيما يلى توضيح للمدخلين الآخرين:

ب- مدخل تعليم الوالدين:

نتيجة لضعف إدراك الأسرة المصرية لدورها حيال أحد أفرادها من المعاقين، والذى يظهر بوضوح فى حالة اكتشاف الأسرة إعاقة أحد أفرادها، وما نلاحظه فى مؤسسات رعاية المعاقين من عدم وعى الأسرة بحاجات المعاق، وحاجة الأسرة لتوفير التدريب اللازم لها منذ بداية إعاقة أحد أفرادها، وقد أكدت الدراسات والبحوث ذلك. . وبناء عليه فإن الأسرة المصرية فى حاجة إلى برنامج جاد لتعليم الوالدين كيفية رعاية المعاق داخلها بالمنزل، ولعله من المفيد أن نتعرف على البرامج التقدمية المتطورة فى العمل مع الوالدين فى الدول التى سبقتنا لذلك ومنها إنجلترا، والولايات المتحدة الأمريكية والدانمارك.

هذه الدول تعتبر العمل مع الوالدين مجرد جزء عادى وطبيعى لا يتجزأ من رعاية المعاقين، بل إنها تعتبر أن تعليم الوالدين هو الجانب أو الوجه الآخر الذى لا غنى عنه فى تعليم المعاق وذلك من خلال مدارس الوالدين والوحدة الأسرية، والعيادات الأسبوعية، والكتيبات الواضحة البسيطة، والاجتماعات المسائية للوالدين، والزيارات المنزلية، والزيارات المنتظمة للمدارس. . إلى آخر هذه الأشياء التى تدل على نمو وتطور أسلوب العمل مع الوالدين؛ فالمعاق وأسرته ينمون جميعاً معاً فى عالم واحد، لذا يعتبر تعليم الوالدين شقا أساسيا للنمو الطبيعى والسليم للمعاق.

هذا؛ وقد بدأت جمعية كريتاس - مصر رعايتها للمعاقين من خلال هذا المدخل، بإصدار بعض الكتيبات المبسطة التى تقوم فيها بشرح وتوضيح دور الأسرة والوالدين فى مساعدة طفليهما المعاق ذهنياً. وتقوم أيضاً بعقد الاجتماعات معهم والزيارات المنزلية لهم لتقديم مثل هذه الخدمات ونأمل أن تحذو حذوها باقى مؤسسات رعاية المعاقين بمختلف أنواعها.

جـ- مدخل رعاية المعاق فى بيئته وبها:

يعد العمل مع أسرة المعاق دون وضعه فى مؤسسة من الاتجاهات الحديثة فى الخدمة الاجتماعية حيث اتفقت الكثير من الآراء على أن الأسرة تعد أهم جهاز يقدم الرعاية غير الرسمية للمعاقين، وذلك من منطلق ضرورة رعاية المعاق غير المحتاج لخدمات المؤسسات الإيوائية داخل المحيط الطبيعى له دون نزعه ووضعه فى وسط مخالف كما تعود عليه، ولذلك فإن الخدمة الاجتماعية تتبنى الدعوة إلى التأكيد على رعاية المعاق من خلال أسرته، ويساعد الأخصائى الاجتماعى هذه الأسر فى التغلب على الصعوبات والضغوط التى قد تنشأ من طول فترة رعايتها لأبنائها المعاقين، وتوجيهها لكيفية التعامل معه، وفهم وتوفير مجموعة من الخدمات التى تتمثل فى الزيارات المنزلية، جليس المعاق وهو متوفر حالياً ويقوم بتدريبهم أساتذة من المعهد العالى للخدمة الاجتماعية من خلال إحدى المؤسسات، الممرضة الزائرة.. إلخ بالإضافة إلى تسهيل استفادته من خدمات المؤسسات الأخرى بالمجتمع فى حالة احتياج الأسرة أو المعاق لخدماتها. وجمعية «كريتاس - مصر» برنامج للتربية الخاصة للطفل المعاق ذهنياً فى بيئته وبها وهو منفذ حالياً ونأمل أن نجد نماذج أخرى له من مؤسسات رعاية المعاقين المختلفة.

٢- مدخل تحديد احتياجات المعاقين كمدخل لإشباعها: need Assesment

يعتبر تحديد الاحتياجات أولى الخطوات التى تضمن فاعلية البرامج المقدمة لرعاية المعاقين رعاية متكاملة حيث إن الدقة فى تحديدها يساهم فى تحديد البرامج والخدمات اللازمة للرعاية. وتحديد الاحتياجات يعد من التكتيكات المستخدمة فى الخدمة الاجتماعية وتفيد فى حالات متعددة.

٣- التخطيط planning كأساس لتقديم رعاية متكاملة للمعاقين:

يعتبر التخطيط النشاط الذى يساهم فى تحقيق الأهداف من خلال تحديد الأولويات للمهام والمسئوليات التى تحقق الأهداف ثم وضع الخطط وتنفيذها، وترجع أهمية التخطيط كأساس لتقديم رعاية متكاملة للمعاقين لعدة إعتبارات منها الاستعداد لمواجهة المستقبل فى ظل ظروف تتسم بعدم التأكد، وتوفير الإطار الذى يساعد على توجيه جميع الجهود لتحقيق الأهداف.. إلخ.

٤- المشاركة فى وضع سياسة policy رعاية المعاقين:

تعتبر سياسة الرعاية الاجتماعية «محصلة التفكير المنظم الذى يستند إلى أيدويولوجية المجتمع، ويسعى إلى تحديد الأهداف الاستراتيجية طويلة الأجل/ وتوضيح مجالات خدمات وبرامج ومشروعات الرعاية الاجتماعية، كما توضح وتحدد هذا التفكير المنظم والاتجاهات العامة التى تحكم جهود التخطيط لخدمات وبرامج ومشروعات الرعاية»، ويمكن للخدمة الاجتماعية أن تقوم بدور فى وضع وتنفيذ ومتابعة وتقويم سياسة رعاية المعاقين من خلال العديد من الاعتبارات التى يجب الأخذ بها عند المساهمة فى وضع سياسة لرعاية المعاقين.

٥- الاهتمام بتقويم فعالية Effectiveness خدمات رعاية المعاقين وكفاءة Efficiency مؤسساتها:

وهذا المدخل يعد أهم وسيلة من وسائل تطوير تلك الخدمات؛ لأن ذلك يفيد فى تحديد مدى كفاءة مؤسسات رعاية المعاقين من وجهة نظر القائمين بتقديم تلك الخدمات، ومدى فاعلية الخدمات المقدمة من وجهة نظر المعاقين أنفسهم فى حالة قدراتهم، ويقوم الأخصائى الاجتماعى بتحديد الصعوبات التى تؤثر على كفاءة المؤسسة وفاعلية الخدمات المقدمة بما يساهم فى التوصل إلى إجراءات عملية يتم من خلالها تطوير موسسات رعاية المعاقين بما تؤدى لتحقيقه لأهدافه فى توفير رعاية متكاملة للمعاقين. ويمكن أن يدخل هذا الاتجاه أيضاً بين مداخل الاتجاه التنموى فى مجال رعاية المعاقين.

ثالثاً: الاتجاه التنموى فى مجال رعاية المعاقين

١- المدخل التنموى فى مجال رعاية المعاقين.

٢- مدخل جماعات المساعدة المتبادلة.

٣- مدخل المساعدة الذاتية.

٤- الاهتمام بالعمل الفريقى.

٥- الاهتمام بالنمو المهنى للأخصائيين الاجتماعيين.

١ - المدخل التنموي في مجال رعاية المعاقين: Development Approach

تعنى فكرة الاتجاه التنمـوى فى العمل مع المعاقـين «العمل على زيادة الأداء الاجتماعـى لهذه الفئات، مع مساعـدتهم للتصدى للمشكلات الفردية والجـماعية والمجتمعية، وأهمـية الاستفادة من خبراتهم ومعلوماتهم فى القـيام بواجبات ومهام جديدة يتم من خلالها استثمار أوقات فراغهم.

ويتمثل الاتجاه التنموى فى ثلاثة مستويات تشمل استعادة المعاق لقدرته على الأداء الاجتمـاعى المطلوب، ووقايته من معـوقات الأداء الاجتماعى، ومـساعدته على تنمية قدراته المتبقية لديه مما يساهم فى رفع مستوى أدائه، وقد رأينا من أبنائنا المعاقـين الأبطال فى الرياضة وسـموا بتحـدى الإعاقة، ونؤكـد هنا على ضرورة العمل مع الجماعات ذات الأهداف المجـتمعية، وكذلك استخـدام جماعات العمل الجمـاعى أو جماعـات المهام فى العمل مع المعـاقين وذلك بهدف تنمـية الوعى، وتنمية القـدرة على المشاركة الفعلية، وتـزويد المعاقين بالمهارات المختلفـة، وتنمية قدراتهم والاستفادة من إمكانياتهم فى تنمية مجتمعهم.

٢ - مدخل جماعات المساعدة المتبادلة في العمل مع المعاقين: Mutural Aid

وهو مدخل يستند على أسـلوب المساعدة المتبادلة على أسـاس نظرية التبادل الاجتمـاعى، حيث يهتم بشرح السلوك الشخـصى المتفاعل، والعمليات الجمـاعية التى تحدث بها. وتقوم فكرة جماعات المساعـدة المتبادلة على أساس اشتراك أعضاء هذه الجمـاعات ذوى الظروف والمشكـلات والإعاقات المشـتركـة؛ بغرض توحـيد الجهـود للتغلب على هذه المشكلات مع العـمل على إحداث تغيـير اجتـماعى أو شخصى فى اتجاه مواجهة مشكلاتهم وتنمية قدراتهم.

٣ - مدخل المساعدة الذاتية: self Help Approach

ويقصد بالمساعدة الذاتيـة مساعدة الفرد لنفسه أو الجماعة لنفـسها أو المجتمع لنفسه، وتقوم فلسفة هذا المدخل على أنه بإمكان المعاقين أن يبذلوا الجهود لمساعدة أنفسهم بأنفـسهم، وأنه ينبغى أن تتاح لهم الفرصـة ليقوموا بذلك نظراً لأهميـتها للمعاقين أنفسهم ولمجتمعاتهم.

والمساعدة الذاتية لها أنواع ثلاثة هى:

أ- المساعدة الذاتية الفـردية عندما يقوم الفرد (المعاق) بمساعـدة نفسه بقدراته الخاصة وإمكاناته الذاتية.

ب- المساعدة الذاتية الجماعية وذلك عندما تقوم الجماعة (جماعات المعاقين) بمساعدة نفسها على مواجهة مـشكلة معينة تمس كل أعضائها، أو إشباع إحتيـاجاتها معتمـدة على نفسها.. وجمـاعات المساعدة الذاتية تعـتبر جماعات تـطوعية تتكون من مجموعـة من الأفراد يهدف كل منهم إلى تقديم المـعونة والمساندة وتبـادل المعلومات حـول الأنشطة والموارد التى يمكن أن تساعدهم فى التغلب والتعامل مع ضغوط الحياة.

جـ- المساعدة الذاتية المجتـمعية وذلك عندما يقوم المجتمع (مـجتمع المعاقين سواء المشـتركين فى نوع الإعـاقة أو بمختلف أنواعهـا) معتـمدين على مواردهم وإمكانياتهم فى إشباع احتياجاتهم ومواجهة مشكلاتهم.

ومن عائدات المساعدة الذاتية فى مجال رعاية المعاقين تحويلهم من محتاجين للخدمات إلى موفرين لها، مما يعمل إلى مـساعدتهم للتحول إلى أشخاص قادرين نسبيا على مساعدة أنفسهم، كما أن خبرات تنفيذ مشروعات التنمية تساعد مجتمع المعاقين على إدراك مدى ترابط مشكلاتهم واحـتياجاتهم.. إلخ مما يساعدهم على تنمية شخصياتهم وإحساسهم بالرضا وتنمية قدراتهم ومهاراتهم.

٤- الاهتمام بالعمل الفريقى: Team work

ويعد من أهم الاتجاهات الحديثة فى الخدمة الاجتماعية نظراً لارتباط الممارسة المهنية فى الخدمة الاجتماعية فى أى مجال من مجالاتها بممارسات المهن الأخرى.

ويعـرف فريق العـمل بأنه «عدد من الأفـراد المهنيـة كل منهم لديه المعرفـة الدقيقـة والمهارات ويساهمون كخبـراء كل مع الآخر لتحقيق غـرض خاص ودقيق ومحدد»، ويساعد العمل الفريقى على تحقيق الأهداف العامة ووضع الخطة الملائمة للعمل، ولكل فـرد دور مختلف فـيها، كمـا أنه يشارك بجانب التـخصص الذى يملكه. ومؤسسات رعاية المعاقين تضم فريقـاً من التخصصات المختلفة لكل عضو

فيه مهارته ومعارفه وإطاره المرجعى الذى يختلف عن الآخر، ورغم ذلك فإن لكل منهم اهتماماته وأهدافه التى يشارك بها مع الآخرين لتحقيق أهداف المؤسسة.

ويتحدد نجاح الأخصائى الاجتـماعى فى عمله بمدى تعاونه مع فريق العمل بالمؤسسة، كما يتوقف نجاح العمل الفريقى فى أدائه لوظائفه على مدى قدرته على تحقيق التـفاعل والانسجام بين الأدوار والوظائف المحـددة لأعضائه، وإدراك كل عضو فى الفريق لوظيفته وتخصصه وإدراكه لكيفية الاستفادة من تخصصات باقى الأعضاء الآخرين فى الـفريق واحترام كل عضو لعمل وتـخصص كل الأعضاء الآخرين، على أن يتم العمل الفـريقى وفق نوع من التنسيق الذى يتم من خلاله تحديد وترتيب وتنظيم جهود أعضاء الفـريق للوصول إلى عمل جماعى متكامل تتحقق فيه الأهداف.

٥- الاهتمام بالنمو المهنى المستمر للأخصائى الاجتماعى فى مجال رعاية المعاقين: continuing for professional

ويقصد به الاهتمام بتنمية مستـوى الكفاءة المهنية للأخصائى الاجتماعى من خلال الجهود الهادفة المنظمة التى يقوم بها المهنين بعد انتهائهم من تعليمهم النظامى لتجديد وزيادة مـعلوماتهم ومهاراتهم واتجاهاتـهم اللازمة لأداء أدوارهم المهنية بطريقة فعالة.

والنمو المهنى عملية مستمرة لأنه يستهدف الأداء الوظيفى الأصلح واستغلال الطاقة البشرية أحـسن استغلال لترقية العمل مع زيادة الإنـتاج وسرعة الإنجار. وللنمو المهنى مناشط متعددة ومنها القراءة والاطلاع، والاشتراك فى دورات تدريبة أثناء العمل، حـضور الاجتماعـات الإشرافية، وحـضور المؤتمرات والندوات، الحلقات البحثية والاجتمـاعية الدورية، والرحلات والزيارات والبعوث، ووسائل الإعلام الجماهيرى والدراسات التكميلية والتجديدية.. إلخ.

رابعاً: التدخل المهنى فى مجال رعاية المعاقين:

The proffessional Intervention

لقد بدأت الخدمة الاجتماعية فى استخدام التدخل المهنى والاعتماد عليه فى تحديد خدمات وبرامج الرعاية بمستوياتها وأبعادها المختلفة لمنع أو تقليل المشكلات التى تنتج للمعاقين أنفسهم أو لمؤسسات رعايتهم.

ويقصد بالتدخل المهنى «الجهود الموجهة لإيجاد نوع من التكيف فى العلاقات بين الجماعات والمنظمات لتنميتها، أو لإحداث التغيير فيها، فى محاولة لإشباع الاحتياجات الاجتماعية أو حل المشكلات». والحقيقة أن التدخل المهنى يعنى أيضاً بعلاقات المعاقين بعضهم البعض وعلاقاتهم بمسئولى الرعاية، وعلاقاتهم بمؤسسات رعايتهم وبتكيفهم مع المجتمع.

وللتدخل المهنى عمليات نعرض منها تلك التى اقترحها لوينبرج وهى:

تحديد المشكلة، طلب المساعدة، التحديد الأولى، اختيار الاستراتيجية، عقد التفاوض، تحديد التكتيكات، الإرجاع (المتابعة)، ثم التقييم النهائى. ويتطلب التدخل المهنى مهارات متعددة منها مهارات التكيف مع الآخرين وتشمل مهارة الاتصال والارتباط، بالإضافة إلى المهارات المهنية ومنها مهارات المقابلة، والملاحظة، وكتابة التقارير، والتقييم.

وتناولت العديد من الكتابات النظرية المداخل والنماذج التى يمكن أن يمارس بها التدخل المهنى، وقد اختلفت هذه الكتابات فيما بينها سواء من ناحية الأهداف التى تركز عليها أو افتراضاتها أو فى مجالها. وهذه المداخل أو النماذج منها الأجنبية ومنها المحلية فعلى سبيل المثال عند العمل مع نسق مجتمع المعاقين أو نسق المجتمع المحلى نجد أن هناك مداخل أو نماذج منها ما يرى أصحابها أنها النموذج الأفضل لتحقيق التغيير المطلوب مثل مدخل العملية عند روس، ومنها ما يرى أصحابها أنه ليس هناك نموذج معين واحد يستطيع أن يغطى كل مجالات الممارسة وميادينها المختلفة أو يستطيع أن يربط بين كل متغييرات الممارسة أو يصلح لجميع المجتمعات مثل نماذج جاك روثمان jack Rothnan وكرمر وسبكت kramer & specht.

ومن المداخل والنماذج التى طبقت مع نسق مجتمع المعاقين:

أ- مدخل المدافعة.

ب- نموذج العمل مع مجتمع المنظمة.

أ- مدخل المدافعة: Advocacy Approach

يعتبر مدخل المدافعة من أهم مداخل الخدمة الاجتماعية فى الدفاع عن حقوق أفراد المجتمع المهضومة، وهى مسئولية أخلاقية يتحملها الممارسون لمهنة الخدمة الاجتماعية، وأشار إليها ميثاق القيم الأخلاقية للأخصائيين الاجتماعيين بأمريكا.

وتعد المدافعة أحد التيسيرات الهامة لممارسة الخدمة الاجتماعية وبتطبيقها واستخدامها فى مجال رعاية المعاقين نجد أنها تحقق أهدافاً كثيرة منها:

أ- تحسين الخدمات التى تؤدى للمعاقين فى المؤسسات المختلفة.

ب- تحسين أحوال المعاقين فى مجتمعاتهم.

جـ- الدفاع عن مصالح المعاقين ومساعدتهم على الدفاع عن مصالحهم.

وينقسم الدفاع فى الخدمة الاجتماعية إلى دفاع عن الحالة، ودفاع عن طبقة أو فئة أو قطاع معين.

وقد كان لكلية الخدمة الاجتماعية من خلال طلبة دراسة الدكتوراه تخصص تنظيم المجتمع عام ١٩٨٤ تجربة لتنظيم المعاقين للمطالبة بحقوقهم المقررة فعلاً فى القوانين والتشريعات الخاصة والمرتبطة والتى لم تطبق أو تتحقق. ويمكن لهذا المدخل أن يحقق إسهامات متعددة فى مجال رعاية المعاقين منها:

توفير خدمات المعوقين وتحقيق التكامل بين المؤسسات الحكومية والأهلية توفير هذه الخدمات، وجعل خدمات المؤسسة أكثر مسئولية فى إشباع احتياجات المعاقين، والتأثير على عمليات صنع السياسة الخاصة بالمعاقين، والدفاع عن حقوق المعاقين الذين يساء معاملتهم من الغير، ومساعدة المعاقين على تنظيم أنفسهم للمطالبة بحقوقهم من خلال القنوات الشرعية الممثلة فى الأحزاب السياسية والمجالس الشعبية ومجلسى الشعب والشورى وباستخدام الوسائل المجتمعية المشروعة.

ب- نموذج العمل مع مجتمع المنظمة:

من المحاولات الرائدة فى ممارسة الخدمة الاجتماعية وطريقتها فى تنظيم المجتمع، اقتراح ما يسمى «بنموذج العمل مع مجتمع المنظمة» وهو يختص

بممارسة العمل مع منظمات الرعاية، ويرى أن الخدمة الاجتماعية يجب أن ترتد إلى «الداخل» ولا تركز على التعامل مع «خارج المنظمة، ومن العوامل التى تؤكد على ضرورة النظر إلى داخل المنظمة ما يلى:

- أن الأخصائى الاجتماعى عليه أن يجمع حصيلة خبراته فى تعامله المهنى ويغذى متخذى القرارات بالمنظمة بالمعلومات التى من شأنها أن تزيد من فعالية خدمات المنظمة.
- أن المنظمات الإيوائية والخدمية التى تضم مستفيدين وعاملين لها مجتمعاتها الداخلية الخاصة بها والتى تحتاج إلى تعامل وتنظيم.

ويعنى العمل مع مجتمع المنظمة «التكامل المهنى مع مكونات المنظمة ومجتمعها الذاتى لمساعدتها على خدمة المواطنين بفاعلية متزايدة»، وهى تختلف فى ذلك عن العمل بين منظمات الرعاية الاجتماعية، وكذلك عن إدارة منظمات الرعاية الاجتماعية.

ولهذا النموذج عملياته الخاصة فى ممارسته والتى من أهمها:

١- المساهمة فى تطوير المنظمة ذاتها (منظمة رعاية المعاقين) كى تتمكن من التعامل بفاعلية متزايدة مع المجتمع والمعاقين المستفيدين من خدماتها. والعمل مع مجتمع المنظمة يتناول بالتحليل والتقييم العمليات التى تؤديها المنظمة للمستفيدين، ثم تحديد العوامل التى تؤثر سلباً عليها لتعديلها والتقليل من تأثيرها، وتنظيم العوامل ذات التأثير على العمليات التى تفيد المعاقين والمجتمع.

٢- دراسة الصعوبات التى تواجه العمل المهنى بالمنظمة والعمل على حلها.

٣- التعرف على آراء المعاقين المستفيدين من خدمات المنظمة (عملية محاسبية اجتماعية).

٤- المساهمة فى وضع علاقة متوازنة بين الجهاز الإدارى والجهاز المهنى بالمنظمة كى لا تسيطر القرارات الإدارية على العمل المهنى، ولضمان تأثير القرارات بآراء المهنيين.

٥- ضمان تأثر سياسة المنظمة بآراء المهنيين ونتائج عملية المحاسبية الاجتماعية.

٦- العمل بين مختلف أقسام المنظمة لتحسين العلاقات والارتقاء بالتنسيق فيما بينها، وحل أى نوع من الاختلاف أو النزاع الحاد بين تلك الأقسام.

٧- دراسة احتياجات أفراد مجتمع المنظمة حتى تعمل المنظمة على المساعدة فى إشباعها، ويعتبر ذلك مهمة أساسية للأخصائى الاجتماعى.

٨- التأثير على عملية اتخاذ القرارات بالمنظمة لصالح الأعضاء المكونين لها والمنتفعين بخدماتها، وللارتقاء بمستوى العمل المهنى بها.

هذا، وتعتبر هذه الاتجاهات مرجعاً هاماً للأخصائى الاجتماعى الممارس للعمل فى مجال المعاقين يمكنه الرجوع إليه فى أى وقت كمرشد له ومعين للارتقاء بمستوى العمل المهنى مع مختلف الأنساق (المعاق وأسرته وجماعات المعاقين ومجتمعهم والمؤسسة والمجتمع المحلى والقومى)، حيث إنها تمثل مختلف الاتجاهات الحديثة ورؤية شاملة متكاملة عنها.

الفصل السابع

الرعاية الأسرية للمعاقين

أولاً: مدخل العلاج الأسرى

ثانياً: مدخل تعليم الوالدين

ثالثاً: مدخل رعاية المعاق فى بيئته وبها

مقدمة:

يتفق المعاقون مع العاديين فى نفس الحاجـات التى يبغون إشباعها، إلا أن المعاقين لهم حاجات أخرى خاصـة ترتبت على الإعاقة ووفقاً لنوعها، وتتطلب بدورها توفير الإشباع اللازم لها. ويتـرتب على ذلك أن للأسرة دوراً هاماً بالنسبة للمعاق فهى مطالبة بإشباع حاجاته الأساسية بالإضافة إلى إشباع حاجاته الأخرى الخاصة، ومما يؤكد أهمية موقف الأسرة ما تبين من أن الإعاقة - كحالة عضوية - ليست هى المسئول الأساسى والمباشر عن الكثـير من القيود والمعوقات التى يعانى منها المعاق؛ بمعنى أن المواقف الاجتماعية لها تأثيـر مباشر وأساسى على شخصية المعاق دون إغفال مؤثرات الإعاقة التى تعتبر مؤثرات ثانوية لها.

وعلاقة الطفل بأسرته لها تأثير قوى على شـخصية وتكيف المعاق، ونتيجة للاتجاه نحو رعاية المعاق فى أسرته خاصـة بعد ما تبين من الإحصاءات أن عدد المعاقين الذين ترعاهم المؤسسات الاجتمـاعية يقل عن عدد المعاقين فى أسرهم. وهذا يتطلب أمرين رئيسيين هما:

١- أهمية توفير الإشباع اللازم لحـاجات المعاق وتوفير التدريب اللازم له تمكيناً له من مواجهة القيود التى تفرضها عليه الإعاقة بشكل مباشر أو غير مباشر.

٢- أن أسرة المعاق يتعين عليها القيام بدور رئيسى فى توفير الإشباع اللازم له.

ولكن هل تدرك الأسرة المصرية حقيقة دورها حيال إعاقة أحد أفرادها؟ وما يتضمنه هذا الدور من إشباع لحاجاته المختلفة، وتوفير التدريب اللازم منذ إعاقته؟ وهل تؤدى بالفعل هذا الدور المنـوط بها؟ وإلى أى مدى تحتـاج هذه الأسرة إلى أخصائى اجتمـاعى ليقف مسانداً لها فى موقفها الصعب المتـمثل فى إعاقة أحد أفرادها؟.

وبناء على ذلك فقد ظهرت عدة مداخل حـديثة للرعاية الأسرية للمعاق، ومن هذه المداخل:

١- مدخل العلاج الأسرى، مع عرض البرنامج للتدخل المهنى للأخصائى الاجتماعى باستخدام العلاج الأسرى لتعديل الاتجاهات الوالدية نحو إعاقة طفلهما.

٢- مدخل تعليم الوالدين.

٣- مدخل رعاية المعاق فى بيئته.

هذا، وسوف نقوم بتوضيح المداخل الثلاثة ثم نقوم بعرض نموذج «لبرنامج رعاية المعاق ذهنياً فى بيئته وبها» والمنفذ من قبل «جمعية كريتاس مصر لرعاية المعاقين ذهنيا».

أولاً: مدخل العلاج الأسرى

يركز مدخل العلاج الأسرى على العمل مع نسق أسرة المعاق بعدما زاد الاهتمام بالأسرة فى الفترة الأخيرة، باعتبارها نسقاً يحتاج لتوجيه فى معظم ممارسات الخدمة الاجتماعية..

يحاول هذا المدخل تحقيق ثلاثة أهداف رئيسية هى:

١- مساعدة الأسرة لرفع مستوى التوظيف الاجتماعى لجميع أفرادها بما فيهم المعاقين داخلها باعتبار أن هذه الأسرة تعد ركناً هاماً فى حياة المعاق والمجتمع.

٢- تقوية التماسك الأسرى فيما يتعلق برعاية المعاقين داخلها.

٣- مساعدة أفراد الأسرة على مواجهة ما يعترضها من مشكلات.

متى تأتى الأسرة للعلاج:

تطلب الأسرة المساعدة إذا ما كانت تتعرض لموقف أكبر من إمكانياتها البشرية أو المادية،مثل اكتشاف حالة إعاقة بين أفرادها وتأكدت من وجود هذه الإعاقة، كما تتقدم لطلب المساعدة عندما تتعرض الأسرة أو أحد أفرادها لبعض المشكلات التى قد تنجم عن أنماط اتصال غير سليم كوجود طفل معاق سمعيا بينها، وقد تكون المشكلة فى مكونات البناء الوظيفى للأسرة مما يؤدى إلى أنماط علاقات واتصالات غير متكيفة فى الأسرة.

فالأسرة التى بـها طفل معاق مثـلاً يجد الآباء فيه فـرصة لتحميـله المشاعر السلبية الناتجة عن سوء العلاقات الزوجية مثلاً، وبذلك تنعكس على الطفل المعاق مما يؤدى به إلى عـدم تكيفه فى المجـتمع وانحـراف سلوكه؛ لذا فهى تـعمل على مساعدة الأسرة على تفهم التغييرات الجديدة والتعامل معها بطريقة إيجابية.

أسلوب العمل مع الأسر:

لا يلتزم الأخصائى الاجـتماعى فى العلاج الأسرى بثلاثيـة العمليات وهى الدراسة والتشخيص والعلاج، ولكنـه أى (العلاج الأسرى) عبارة عن اتصال بنسق أسرى يـحاول فيـه الأخصـائى تغيـير الأسـرة ككل من حيث البناء والاتـصالات والتفاعل ولا يوجد تحديد قاطع لترتيب وتسلسل هذه العمليات.

المقابلة فى العلاج الأسرى:

لا تعتبر المقـابلة هنا أحد أساليب الدراسة ولكنها أسلوب يستـخدم فى كافة مراحل الاتصال بين الأخصائى الاجتماعى والأسرة. ويركز الأخصائى الاجتماعى على الأنساق الفرعـية فى الأسرة كالنسق الزواجى أو الأسـرة ككل، ويختلف هذا حسب المرحلة التى يمر بها الأسرة فى عملية المساعدة، وقد أصبحت المقابلة وسيلة هامة من وسـائل الدراسة والتـشخيص والعـلاج للموقف ويخـتلف وصف أفراد الأسرة للمشكلة منفردين عن الصورة التى يتحدثون عنها بشكل جمعى، والتفاعل بين أعضاء الأسرة هو العامل المساعد فى فهم الموقف وخـاصة فيما يتعلق بالحاضر أكثر من الماضى.

وتتركز أهمية المقابلات الأسرية فيما يلى:

١- إتاحة الفـرصة للأخصائى الاجـتماعى لكى يرى الأسـرة ككل،وبالتالى يستطيع الوصرل إلى تشخيص أسـرع وأدق من خلال ملاحظاته الدقيقة لكافـة السلوكـيات، وكـذا التـعرف علـى الأدوار والصراعـات وأنماط الاتصال المخلتفة.

٢- المساهمة فى التأثير المتبادل بين أفراد الأسرة من خلال إتاحة الفرصة من جانب الأخصائى الاجـتماعى للأشخاص (أفراد الأسـرة) لكى يتفاعلوا

ويناقشـوا وبالتالى يتـيح لهم فرصـة التعبـير عن مشـاعرهم بأنواعـها المختلفة.

٣- إتاحة الفـرصة لإظهار أفكار قـد يخفيـها آخرون فى الأسـرة من خلال المواجهة بين أفـراد الأسرة،وبالتالى التعرف عـلى المناخ الأسرى السائد فيها.

٤- اختبار التغيير الذى يحدث للفـرد فى سلوكياته وحياته اليومية من خلال تفاعله مع الأسرة للمعاق وتفاعلاته معها.

٥- التغلب على صور المقـاومة المختلفة التى قد تظهـر فى المقابلات الفردية والتى قد تعوق عمل الأخصائى الاجتماعى.

٦- تتيح المقابلة الفرصة للأخصائى الاجتـماعى لكى يقترح التغيير المطلوب وموافقة الأسرة عليها.

٧- تخفيف حدة القلق والشعور بالذنب والعار فى موقف الأسرة تجاه أبنائها المعاقين عن موقف الفرد.

٨- توفير وقت وجهد الأخـصائى الاجتماعى فهو يتعـامل مع أكثر من فرد فى نفس الوقت.

مناطق الدراسة:

لا توجد هناك مناطق مـحددة للدراسة فى العـلاج الأسرى، ولكن المشكلة هى التى تحدد المنطقة الدراسية التى يركز عليها، ومع هذا فإن هناك بعض العوامل التى يركز عليها الأخصائى الاجتماعى وأهمها:

- تحديد جوهر أو محور المشكلة:

فلا تعـتبر المشكلة الخاصـة بفرد فى الأسرة مـشكلة خاصة بل قد نجـد أنها مظهر لمشكلة أخرى فى الأسرة مثل سوء العلاقات الزوجية مثلاً.

- الاتصالات والتفاعل:

بمعنى التركيز على نمط التفاعل الأسرى كـاتحاد شخصين أو اضطهاد شخص لآخر، بمعنى عدم التـركيز على تفاصـيل المشكلة بقدر التركيز عـلى نمط التفاعل،

فقـد يركز على الأب لحل مـشكلة أحد الأبناء فى حـالة إذا كان الأب هو مـصدر القوة والسلطة فى الأسرة مثلاً.

- **المعلومات المباشرة:**

وهنا يلاحظ التفاعل المرسوم والعفوى والتلقائى، كما يلاحظ ردود الأفعال، وفلتات اللسان... إلخ.

- **الجوانب الثقافية:**

ونهتم هنا بالثقافة الفرعية التى تحدد ثقافة الأسرة كالأسرة الريفية أو الحضرية أو الصعـيدية، والتى قد يتوافق مـعها بعض أفرادها وقـد لا يتوافق معهـا البعض الآخر. وقد لا يتوافق أحد أبنائها مع الثقافة العامة للمجتمع.

- **الموضوعية:**

بمعنى التـعرف على وجـهات نظر كـافة أفـراد الأسرة وخـاصة ذوى الآراء الموضوعية فيها والتركيز عليهم.

- **المواجهة الأسرية:**

وهى تكشف الاختلافات فى الأسرة وأكثر مناطق الإشكالية بها.

مراحل ممارسة العلاج الأسرى:

المرحلة الأولى:

وهى اللقاء الجـماعى بكل أفراد الأسـرة وفيه يقـدم الأخصائى الاجتـماعى نفسه ويتـعرف على أكثر المناطق الإشكالـية ثم يبدأ فى مناقشة المـشكلات ويتعرف على طبيعتها.

المرحلة الثانية:

وفيها يتم إجراء بعض المقابلات الفردية مع أحد أو بعض أفراد الأسرة كنسق الزوجين، أو نسق الأبناء، وتتـاح لهم حرية التـعبـير، ويزداد فـهمـهم لأنفسـهم وللجوانب الذاتية والموضوعية للمشكلة.

المرحلة الثالثة:

ويعود فيها الأخصائى الاجتماعى للقاء الجماعى مع الأسرة مرة أخرى وفيها تزداد حساسية الأسرة للعلاج، ويظهر التأثير المتبادل بين أعضائها، مع تحديد المشكلة، وهنا يكون دور الأخصائى الاجتماعى توضيح المشكلة ودور كل فرد فى الأسرة فيها، مع إبراز الجوانب الموضوعية والإيجابية فى الموقف وتحديد الأهداف العلاجية.

المرحلة الرابعة:

ويبدأ الأخصائى الاجتماعى فى هذه المرحلة فى تنفيذ الخطط العلاجية؛ وفيها قد يبعد بعض الأفراد أو يضم أفرادا آخرين للأسرة بناء على كفاءة البعض ومقاومة البعض للتغيير.

الاستراتيجيات التى يستخدمها الأخصائى الاجتماعى فى مدخل العلاج الأسرى:

١- الاستخدام الفعال لقنوات الاتصال:

قد يكون سوء الفهم فى الأسرة ناتجا عن فقدان أحد أعضائها لحاسة من الحواس أو طرف من أطرافه، والعمل على محاولة فتح قنوات الاتصال بينه وبين باقى أو بعض أفراد الأسرة، أو قد تكون سوء الفهم نتيجة لسوء توزيع المسئوليات على القنوات والاهتمام ببناء السلطة فى الأسرة (الأب ثم الزوجة)، وعلى الأخصائى الاجتماعى اختيار القنوات التى تكون أكثر تأثيراً فى تغيير الاتصال فى الأسرة والاستفادة بالأشخاص الأكثر سلطة وتأثيراً على باقى أفرادها والأكثر مبادأة فيها.

٢- تغيير البناء الأسرى:

ويدرس الأخصائى الاجتماعى هنا البناء الأسرى، هل تغير هذا البناء لمواجهة التغييرات الناتجة عن إعاقة أحد أفرادها، أو تغير نتيجة تغير المجتمع، أم أنه ثابت مع أنه غير مستقر، وفى حاجة إلى تغيير، وهنا نحدد مواطن الخلل أو الاضطراب كهدف علاجى، فقد يكمن الخلل فى المعاملة غير الواحدة (غير العادلة) مع الأبناء مما يؤدى إلى الصراع. وهنا يحاول الأخصائى الاجتماعى

مساعدة الأسرة على زيادة الاتصالات بالمؤسسات المختلفة فى المجتمع، أو تعديل الحدود الجامدة داخل الأسرة بين أى الأطراف حتى يستمر البناء الأسرى فى تفاعلاته.

٢- تغيير القيم والعادات والاتجاهات:

قد يتغير أحد أفراد الأسرة (الأب) مثلاً بسرعة أكبر من (الزوجة) نتيجة للتغيرات التى حدثت فى الأسرة أو المجتمع، مما قد يخلق عدم اتساق داخلى يستوجب تدخل الأخصائى الاجتماعى لتناول التضارب فى القيم والاتجاهات، وقد يختلف أفراد الأسرة فى اتجاهاتهم نحو المعاق داخلها؛ لذا على الأخصائى الاجتماعى أن يحدد أوجه الاختلاف والتشابه بين قيم الأسرة وقيم المجتمع من جهة وقيم أفراد الأسرة من جهة أخرى، وأثر ذلك على أداء الأسرة لوظائفها ودورها تجاه أحد أفرادها المعاقين. وهنا يساعد الأخصائى الاجتماعى الأسرة من خلال مقابلاته على تغيير عاداتها واتجاهاتها تجاه المعاقين عموماً وتجاه أحد أفرادها من المعاقين بصفة خاصة، كما يعمل على وضع جداول لترتيب القيم حسب أهميتها، حيث إن لكل فرد ولكل أسرة ترتيبا خاصا لأهمية هذه القيم، وعلى المعالج أن يختبر مفهوم الشخص عن نفسه وعن باقى أفراد الأسرة ومدى اتفاق هذين المفهومين، وما هى أوجه التناقض بينهما.

وفيما يلى عرض لبرنامج للتدخل المهنى للأخصائى الاجتماعى باستخدام العلاج الأسرى لتعديل الاتجاهات الوالدية نحو إعاقة طفلها:

أهداف برنامج التدخل المهنى باستخدام العلاج الأسرى:

١- العمل على زيادة التماسك الأسرى للطفل المعاق، والتى تتأثر بحالته مقارنة بإخوانه.

٢- مساعدة أعضاء الأسرة جميعاً على تحقيق نمط إيجابى للاتصال، ويتم ذلك عن طريق بناء الاتصالات المتبادلة بين الأب والطفل المعاق، وكذلك بين الأم والطفل، ثم بينهما معاً وبين الطفل المعاق، ثم بين الإخوة والطفل المعاق بشكل تبادلى.

٣- مساعدة أفراد أسرة الطفل المعاق وخصوصاً والديه على بيان طريقة التعامل السوية التى ينبغى عليهم اتباعها مع الطفل المعاق، وذلك من خلال توضيح مساوئ الانسياق فى اتجاهات سالبة نحو الإعاقة.

ولتحقيق هذه الأهداف، وانطلاقاً من مفاهيم العلاج الأسرى وأساليبه، فإنه يمكن الاعتماد على الأساليب الآتية:

- فتح قنوات اتصالية جديدة بين الأسرة والطفل المعاق.
- تدعيم قنوات اتصالية قائمة.
- إبعاد الأحداث العارضة والمتغيرات المحيطة والتى لها تأثير على عملية الاتصال كمحاولة إقناع الوالدين بالعدول عن بعض الأفكار السالبة وتغيير الاتجاه نحو الإعاقة بأنها عار أو عقاب عن ذنب ارتكبوه.
- تدعيم وتنمية عملية التغذية العكسية ضماناً للتأكد من فتح قنوات الاتصال وأيضاً للتأكد من أن كلا من الأسرة والطفل المعاق أصبحا على علاقة اتصالية إيجابية.
- تنقية الجو النفسى الذى يسود الأسرة من مشاعر الإحساس بالذنب أو القلق على مستقبل الأسرة.

الإستراتيجيات المستخدمة لتحقيق هذه الأهداف:

١- إستراتيجية الاستخدام الفعال لقنوات الاتصال لفتح قنوات اتصال جديدة بين الأسرة والطفل المعاق، وتدعيم قنوات الاتصال القائمة.

٢- إستراتيجية تغيير القيم والعادات السالبة التى قد تعتنقها وتؤمن بها أسرة الطفل المعاق ويكون لها تأثير عكسى على معاملتهم وأيضاً على توافقه.

مراحل التدخل المهنى:

١- اختيار الحالات التى تكون اتجاهات الوالدين فى الأسرة نحو الطفل المعاق بها سالبة، وذلك عن طريق تطبيق مقياس الاتجاهات الوالدية

نحو الطفل الكفيف، وتوجد مقاييس جاهزة ومعدة(*)، ويمكن للأخصائي الاجتماعي إعدادها بنفسه.

٢- اتصال الباحث بالأسر التي وقع عليها الاختيار حسب درجاتها على المقياس السابق، ويكون الاتصال بهدف شرح دور الباحث، والهدف من المقابلات المتكررة التي سيعقدها ويجريها معهم تكوين علاقة مهنية وأيضاً لتكوين صورة عامة عن بناء الأسرة وطبيعة المشكلة.

٣- إجراء المقابلات المتتالية مع الأسرة لتحقيق خطة التدخل المهني من خلال أساليب العلاج الأسري.

وتطبق في هذه المقابلات الأساليب العلاجية الآتية:

أ- **أساليب الإفراغ الوجداني**: وذلك لمساعدة الأسر خصوصاً الأب والأم للتعبير عن مشاعرهما تجاه إعاقة ابنهما.

ب- **أساليب المناقشة التأملية**: والتي تشتمل على طرح أفكار جديدة على الأسرة بالنسبة لما يجب أن يتبعه الوالدين والأسرة مع الطفل المعاق، وتوضيح مساوئ وأخطار الأفكار والاتجاهات الحالية وآثارها السيئة على تنشئة الأطفال عموماً والمعاق خصوصاً، وكذلك تصحيح اتجاه هذه المشاعر بتفسير وتخفيف حدتها على الطفل المعاق.

جـ- **أساليب التفاعل الأسري**: وتستخدم للتعرف على شبكة العلاقات الأسرية واتجاهاتها، والمؤثرات على التفاعل سواء كانت إيجابية أو سلبية.

د- **أساليب الاتصال**: وتشمل فتح قنوات اتصالية مغلقة وتدعيم قنوات اتصالية قائمة.

(*) عبد الصبور إبراهيم سعدان: «العلاقة بين ممارسة العلاج الأسري في خدمة الفرد وتعديل الاتجاهات الوالدية السالبة نحو كف بصر طفلها»، في: **المؤتمر العلمي السنوي السابع للخدمة الاجتماعية**، (جامعة حلوان، كلية الخدمة الاجتماعية، ٧ - ٩ ديسمبر ١٩٩٣) ص ص ١٢٠ - ١٤١.

ثانياً: مدخل تعليم الوالدين

نتيجة لوجود عدد كبير من المعاقين داخل أسرهم ونتيجة لضعف إدراك الأسرة المصرية لدورها حيال أفرادها من المعاقين والذى يظهر بوضوح فى حالة تعرف الأسرة على وجود فرد معاق أو حالة إعاقة بين أفرادها وما نلاحظه فى مؤسسات رعاية المعاقين من عدم وعى الأسرة بحاجات المعاق، وحاجة الأسرة لتوفير التدريب اللازم لها منذ بداية إعاقة أحد أفرادها. وبناء على ما تقدم فإن الأسرة فى حاجة إلى برنامج جاد لتعليم الوالدين كيفية رعاية المعاق داخلها بالمنزل، ولعله من المفيد أن نذكر ونعرض بعضاً من برامج تعليم الوالدين كما هى مطبقة فى بعض الدول الغربية.

فى إنجلترا:

تنبهت إنجلترا إلى أهمية تعليم الوالدين، وأصبحت البرامج التقدمية المتطورة فى العمل مع الوالدين مجرد جزء عادى وطبيعى لا يتجزأ من رعاية المعاقين، وخاصة فئة المكفوفين، بل إنها تعتبر أن تعليم الوالدين هو الجانب أو الوجه الآخر الذى لا غنى عنه فى تعليم المعاق، من خلال مدارس الوالدين، والوحدة الأسرية والعيادة الأسبوعية، والكتيبات الواضحة البسيطة، والاجتماعات المسائية للوالدين والزيارات المنزلية، والزيارات المنتظمة للمدارس. هذه الأشياء الدالة على نمو وتطور أسلوب العمل مع الوالدين فى إنجلترا، فالمعاق وأسرته ينمون جميعاً معاً فى عالم واحد، لذا يعتبر تعليم الوالدين شقين أساسيين للنمو الطبيعى والسليم للمعاق.

ويتم فى إنجلترا تعليم الآباء عن طريق «دور الشمس المشرقة للمكفوفين» بالنسبة للآباء الذين لدى أبنائهم إعاقة بصرية، ويعمل بهذه الدور مدرسون زائرون، وموجهون يعتمدون فى عملهم على العلاقة المهنية المباشرة مع الأسر. وبعد قبول المعاقين بهذه الدور تتاح الفرصة للوالدين لزيارة الدار لمقابلة أسر باقى المعاقين بهذه الدور، فضلاً عن مقابلة المسئولين والمتخصصين بالدار لتبادل وجهات النظر بشأن أبنائهم والمشكلات التى تواجههم وأسلوب تدريبهم حيث يتكون لدى الآباء فى النهاية قدر كبير من الوعى بأساليب رعاية أبنائهم المكفوفين على سبيل المثال.

كما تتلقى الأسر باستمرار وانتظام كتيبات مبسطة ونشرات توضح لهم كل ما يتعلق بالمعاق واحتياجاته وطرق التعامل معه. بالإضافة لذلك فقد ألحقت ببعض «دور الشمس المشرقة» وحدات أسرية وهى عبارة عن منزل مكون من ست حجرات كاملة الأثاث، وإتاحة الفرصة لأسرة الطفل الكفيف لتقيم بهذه الوحدات فترة تمتد من أسبوع إلى عشرة أيام بالقرب من طفلها المقيم بالمؤسسة، حيث يتسنى للأسرة وللأم بالذات، أن تتصل بالهيئة الفنية العاملة بالمؤسسة (فريق العمل المهنى بها) وتتزود بالخبرات والتوجيهات والإرشادات والمعلومات.

كذلك تعقد اجتماعات ومؤتمرات منظمة كل حوالى ثلاثة أشهر يحضرها المسئولون وآباء المعاقين لمناقشة شئون أبنائهم. وانبثق عن هذه المؤتمرات اتجاه يهدف إلى تعليم الآباء أنفسهم الكتابة بطريقة برايل حتى يتسنى لهم الاتصال بأبنائهم كتابة وتبادل الرسائل معهم.

كذلك تقوم «دور الشمس المشرقة» بتقديم برنامج آخر هو «مدارس الوالدين» حيث تتاح الفرصة لآباء المعاقين، للدراسة بها لمدة أسبوع يتبادلون فيها وجهات النظر مع المسئولين بالمدرسة بشأن أبنائهم المعاقين ويناقشون مشكلاتهم، ثم تنتهى فترة الدراسة بتخطيط أسلوب لمعاملة كل طفل على حدة حسب احتياجاته الخاصة، يشترك فى تنفيذه الوالدان والمسئولون بالمدرسة، وتطبق مثل هذه البرامج لتعليم الوالدين، مع بعض الإعاقات الأخرى فى إنجلترا.

أما فى الولايات المتحدة الأمريكية:

فإن تعليم الوالدين يتم عن طريق مؤسسات الوالدين parent Institution وهى عبارة عن مؤسسات ينظمها ويديرها الآباء، أو المؤسسات العامة أو الخاصة أو مدارس المعاقين، وقد نشأت كوسيلة لتدريب الآباء على رعاية أبنائهم المعاقين وكيفية التعامل معهم.

ويدعى الآباء للحضور لهذه المؤسسات بمفردهم أو مع أبنائهم حيث يستمعون إلى محاضرات من فريق العمل المهنى (الأخصائيين الاجتماعيين والأخصائيين النفسيين والأطباء.. إلخ)، وتتناول هذه المحاضرات كل ما يتعلق

بالمعاقين وحاجـاتهم ودور الأسرة فى إشباع هذه الحاجات وأهمية العـلاقة القائمة على الفهم والعطف والمساندة بين الأسرة وأبنائها . . . إلخ .

كـذلك يتحـدث إليهم فى بعض الأحـيان بـعض كبـار المعاقـين ممن يمكن اعتبارهم أمثلة ونماذج للتوافق الناجح مع الإعاقة، كما تصدر هذه المؤسسات عدداً كبيراً من الكتيبات والنشرات الدورية المتعلقة برعاية المعاقين.

كذلك فإن مؤسسات المكفوفين على سبيل المثال تقدم خدمات منوعة تتضمن برامج عقلـية للآباء مثل مـا تقدمـه «دار النور للمكفوفـين بشيكاغـو» فهى تؤدى خدمات للأسر بهدف تقليل رفض الأسرة للمعاق وتقليل شعورهم بالذنب حياله، ويقوم أخصائيو المؤسسة بزيارة الأسر فى المنازل لتقديم هذه الخدمة.

وفى الدانمارك:

تقـدم خدمـات وأنشطة فى مجـال تعليم الآباء كـالآتى: فهى ترسل أحـد الموجهـين لزيارة الأسر فى المنازل، حتى تعـرفها على الخـدمات التى تقدمـها لهم المدارس المتخصـصة، وفرص التعليم المتاحـة أمام الطفل المعاق، كمـا يوجههم فى المشكلات اليومية الخـاصة به ويعلمهم الأساليب الصحيـحة لرعايته، وهذه الزيارة تتكرر كلما طلبت الأسـرة ذلك، كما يقدم هذا الموجـه للأسرة عدداً من الأدوات التعليمية واللعب اللازمة لتدريب حواس الطفل المعاق وتنمية قدراته.

كذلك يشارك ممثلو المؤسـسات التى تقوم برعاية المعاقين بهـا مع الخبراء فى وزارة الشئون الاجتماعية بها فى رسم السياسة الخاصة برعاية المعاقين.

دور مقترح للأخصائى الاجتماعى فى تعليم الوالدين والعمل معهما:

إن الاهتمـام ببرامج تعليم الوالدين يتناسب مع خطورة وأهميـة دور الأسرة فى حـياة المعـاق أولاً باعتـبار هذه الأسـرة هى الطرف الثـانى والذى لا غنى عنه والمكمل لجهود المؤسسات فى العمل مع المعاق. وثانيـاً باعتبار ما تبين من البحوث من حاجة الأسرة الشديد للتوجيه، وثالثاً باعتبار ما تبين من استعداد الأسر الكامل للتعاون الجاد فى ذلك.

ويمكن للأخصائى الاجتماعى أن يقوم هنا بالآتى:

١- على الأخصائى أن يدرك أولاً أن العمل مع الوالدين هو عملية تعاونية مشتركة تقوم على أساس من العلاقات المهنية الوثيقة، فعليه أن يشعرهما بوقوفه إلى جانبهما مسانداً لهما فى موقفهما الصعب، ومن جانب آخر على الأخصائى الاجتماعى ألا يحمل العبء كله عن كاهل الوالدين أو يتولى عنهما مسئولية رعاية ابنهما المعاق.

٢- يقوم بعد ذلك بتوجيه الأسرة إلى أن تتأكد من جهة موثوق بها من حالة ابنها المعاق ودرجة إعاقته على وجه التحديد. وإذا ما تأكدت الأسرة من إعاقة ابنها عليها أن تتقبل الأمر ويساعدها الأخصائى الاجتماعى فى ذلك؛ لأن ذلك يساعد المعاق على سرعة التكيف مع الإعاقة ثم يبصرها بعد ذلك بكافة الخدمات والإمكانيات فى البيئة ويعاونها على الاستفادة منها.

٣- على الأخصائى الاجتماعى أن يساعد الوالدين على فهم حقيقة اتجاههم نحو طفلهما كى تتاح لهما الفرصة لتعديل السلبية منها عن طريق إشراكهما فى مناقشات جماعية، أو إتاحة الفرصة لهما للتزود بالمعلومات عن المعاقين عموماً وعن نوع الإعاقة المصاب بها ابنهما خاصة. والعمل على تعديل المشاعر السلبية والحصول على التاريخ الاجتماعى للأسرة متضمناً أعضاء الأسرة والأنشطة التى تمارسها كوحدة، وأسلوب تقسيم المسئوليات بين الوالدين والوقت الذى يعطيه كل منهما لباقى أفراد الأسرة الأخرى، كما يعمل على مساعدتهما على مواجهة ما يعترضهما من مشكلات ترتبط بإعاقة ابنهما.

٤- مساعدة الوالدين لكى يجعلا من ابنهما المعاق شخصية ناضجة متكاملة شأنه شأن أى طفل آخر والعمل على مساعدتهما وابنهما على تعديل أهدافهم فى حدود القدرات المتبقية وفى ضوء الإعاقة.

٥- جمع الآباء والأمهات فى لقاءات دورية مع الأخصائى والمسئولين بالمؤسسات على أى صورة كالمؤتمرات والندوات والمحاضرات

والاجتماعات حيث تتم المناقشات الجماعية الموسعة والفرصة للأسئلة المفتوحة فهى فى حد ذاتها وسيلة علاجية، ويتم التعرض للموضوعات الآتية كيفية تدريب الحواس، وكيفية اعتماد المعاق على نفسه، ووقايته من المخاطر، وتدريبه على قضاء حاجاته وشغل أوقات فراغه، والأنشطة الرياضية الملائمة له وأين يمكنه مزاولتها تعليمه والأساليب والطرق المناسبة لمساعدتهما له فى ذلك... إلخ.

٦- إرسال المطبوعات البسيطة للأسرة أو عمل مجلة مبسطة ترسل للأسر بانتظام.

٧- عقد دورات تدريبية للمسئولين عن رعاية المعاقين لتنمية معلوماتهم واتجاهاتهم ومهاراتهم فى مجال رعاية المعاقين وتعريفهم الاتجاهات الحديثة فى رعايتهم.

٨- عقد مؤتمر سنوى يضم الأخصائيين الاجتماعيين العاملين بالمجال ودعوة المثقفين من آباء المعاقين إليه.

ثالثاً: مدخل رعاية المعاق فى بيئته وبها

يعد العمل مع أسرة المعاق دون وضعه فى مؤسسة أى (رعايته فى بيته وبها) من الاتجاهات الحديثة فى رعاية المعاقين من منظور الخدمة الاجتماعية حيث اتفقت الكثير من الآراء حديثاً على أن الأسرة تعد أهم جهاز يقدم الرعاية غير الرسمية للمعاقين، وذلك من منطلق ضرورة رعاية المعاق غير المحتاج للمؤسسات الإيوائية داخل المحيط الطبيعى له دون نزعه ووضعه فى وسط مخالف لما تعود عليه، بالإضافة إلى تزايد أعداد المعاقين الذين ترعاهم أسرهم ولا يودعون بالمؤسسات، ولذلك فإن الاتجاهات الحديثة التى يجب أن تتبناها الخدمة الاجتماعية هى الدعوة إلى التأكيد على ضرورة رعاية المعاق من خلال أسرته باعتبارها من أنسب أنواع الخدمات غير الرسمية، على أن يتضمن ذلك توفير مجموعة من الخدمات المتمثلة فى الزيارات المنزلية، وجليس المعاق، والممرضة الزائرة.. إلخ، وعادة ما تقدم هذه الخدمات من خلال جماعات تطوعية، هذا بالإضافة إلى تسهيل استفادة المعاق من الخدمات التى تقدمها المؤسسات المختلفة فى المجتمع.

وذلك بهدف إكساب أسـرة المعاق خبرة التعامل معـه فى ظل التغيرات التى يتعـرض لها، كـما أن الأخصـائى الاجتـماعى يسـاعد الأسرة فى التـغلب على الصعوبات والضغـوط التى قد تنشأ من طول الفترة التى تقوم فيهـا الأسرة بجميع أفرادها برعاية المعاق.

القواعد التى تحكم سلوك الأسرة فى تعاملها مع المعاق:

هناك مجموعة من القواعد التى ينبغى أن تحكم سلوك الأسرة فى تعاملها مع المعاق، ومن هذه القواعد ما يلى:

١- من الناحية الاجتماعية:

- التسـامح ينمى فى نفس المعاق الميـول الطبيعـية والتفكيـر الهادئ فى الأمور التى حوله وينمى لديه صفات اجتماعية عالية المستوى تكون له عوناً طوال حياته.
- التأنيب أو مـحاولة التأديب العنيف لا يضـيف إلا نقيصـة أخرى إلى النقـائص الموجـودة عند الطفل وهى سـوء الخلق، والنزوات الشـاذة المتقلبة والأنانية وعدم التبصر فى الأمور.
- تشجـيع ميول المعـاق الاجتماعـية إلى أقصى حـد لأنه يجد فى ذلك إشباعـا لحاجة تكوين الأصدقـاء، هذا فضلاً عن أنه تيسـر له وسائل الاتصال والانتقال.
- المعاق لا يعفى من جمـيع الواجبات بسبب إعاقته، فتكليـفه بواجبات فى حدود قدراته يشعره بأهميته فى الوسط الذى هو فيه سواء المدرسة أو الأسرة أو النادى أو العمل.

٢- من الناحية الجسمية:

- لا يوجـد إنسان أوتى كل القـدرات الفنية التى يسـتطيع بها أن يـقدم للمعاق جميع ما يحتاجه من علاج وتدريب.
- بذل جـهد مع المعـاق لتقـوية عـضلاته بدلاً من إبقـائه بدون حركـة ومعـاونته على شغل أوقات فـراغه، فوقت الفراغ ضـرره على المعاق كبير فى كل مراحل حياته.

- عدم إشعاره بالفشل مهما أظهر من عجز، مع غرس شعور الاعتماد على النفس والاكتفاء الذاتى ومساعدته على ضبط عضلاته والتحكم فيها أثناء اليقظة وخلال ساعات النوم وتعليمه العادات الصحيحة.

٣- من الناحية النفسية:

- إدراك قيمة الفروق الفردية بين الأسوياء وغير الأسوياء.
- فهم شعور الطفل المعاق يحتاج إلى الصبر الذى يدوم عدة أشهر أو عدة سنين حتى يصبح المعاق قادراً على الاعتماد على نفسه.
- معاملة المعاق على أنه طبيعى كأى طفل آخر وأى إنسان آخر.

٤- من الناحية التعليمية:

- تعليم المعاقين يحتاج إلى طرق بديلة غير عادية وإلى مهارة فنية فائقة.
- المعاق فى حاجة إلى التعليم شأنه شأن أى إنسان، وأن يتدرب على السلوك مثل غيره من الأسوياء.
- إعطاء الفرصة للمعاق للاستفادة الفعلية وتنمية ثقافته عن طريق إمداده بالكتب والمعلومات وغيرها.

٥- من الناحية الترويحية:

- إن التشجيع والثناء يساعدان المعاق على أن يفخر بنفسه وبأى عمل يقوم به سواء كان هذا العمل قليلاً أو كثيراً فهو قد يكون تافهاً بالنسبة لغيره لكنه عظيم فى نظره.
- إن الابتسامة فى وجه المعاق أو شعوره بها تبعث فى نفس المعاق الثقة والاطمئنان وحب الحياة لما لها من أثر نفسى لا يدركه إلا الذين فقدوا هذه الابتسامة.
- تنمية هوايات المعاق ومحاولة توفير أدواتها حتى لا يكون سلبياً، مع محاولة تجنب انفراد المعاق بنفسه دائماً، أو محاولة إبعاده عن اللعب الانفرادى باستمرار.

نموذج لبرنامج رعاية المعاق فى بيئته وبها:

وهو برنامج التربية الخاصة للطفل المعاق ذهنياً فى بيئته وبها والمنفذ من قبل جمعية «كريتاس - مصر» لرعاية المعاقين:

- إن برنامج تدريب الطفل المعاق فى منزله قد خلق مساندة للطفل المعاق ولأسرته.
- ينفذ هذا البرنامج فى بعض الأحياء الشعبية بالقاهرة، ويتوجه بصفة أساسية للأحياء الفقيرة التى لم ينل سكانها قسطا وافيا من التعليم، ذوى الثقافة البسيطة والذين أيضاً لا يستفيدون من الخدمات المتخصصة القائمة.
- إن فكرة المشروع أخذ من برنامج (C.B.R) Community Based Rehabilition الصادر عن منظمة الصحة العالمية (WHO) والتى ترتكز على تأهيل الطفل المعاق عقليا حيث يوجد، أى فى قلب مجتمعه.
- إن البرنامج متماثل مع نموذج «outreach» مع تعديلات عديدة ليتوافق مع المجتمع المصرى.
- إن البرنامج يرتكز على زيارات المتطوعين المنتظمة للأطفال فى منازلهم.
- فالمتطوع مسئول عن حث وتدريب الأسرة لتأخذ بنفسها مسئولية تدريب الطفل.
- ويدرب المتطوع ويتابعه فى عمله مع الأسرة فريق من الأخصائيين فى مجال الإعاقة العقلية.
- هؤلاء الأخصائيون يحصلون على أجورهم من جمعية كاريتاس - مصر.

سير البرنامج:

الخطوة الأولى: تتمثل فى العثور على حى بمواصفات معينة، وبه مكان لتدريب المتطوعين والأسر.

الخطوة الثانية: تتمثل فى القيام باتصالات مع الوحدات المحلية لتسهيل مهمة البحث عن المتطوعين والأسر.

الخطوة الثالثة: تتمثل فى تدريب المتطوعين ويأخذ كل منهم «برنامجا وحقيبة ألعاب تربوية».

الخطوة الرابعة: تتمثل فى تنظيم الزيارات المنزليه وتنظيم أنشطة البرنامج والإشراف على مجمل البرنامج.

الخطوة الخامسة: تتمثل فى استمرارية تدريب المتطوعين وأسر الأطفال.

ويعمل الفريق بأكمله لسير وعمل برامج الأحياء، أى كل يشارك فى كل خطوات البرنامج الآتية:

- الاتصال بالقيادات المحلية.
- الاتصال مع الأماكن التى تستقبل البرنامج (مراكز كريتاس مثلا).
- العثور على أسر الأطفال المعاقين عقلياً.
- العثور على وإيجاد المتطوعين.
- تدريب المتطوعين على تدريب الطفل من خلال اللعب.
- متابعة المتطوعين فى الزيارات المنزلية.
- متابعة أنشطة النادى.
- تدريب أسر الأطفال.

والجمعية بصدد اتخاذ أسلوب جديد للعمل يتولى كل فرد مسئوليات محددة وفقاً لتخصصه؛ وذلك نظراً لأن مزيدا من الأفراد قد انضموا إلى فريق العمل.

والتقسيم أو التنظيم المقترح هو:

١- الأخصائى الاجتماعى، ومسئولياته:

- القيام بالاتصالات مع القيادات المحلية للحى لإعلامهم بالبرنامج ولمساعدة الجمعية فى إيجاد المتطوعين.
- القيام بالاتصالات مع مؤسسات الخدمات المتخصصة بالحى لإرشاد الأهالى للالتجاء إليها.

- عمل تحليل جغرافى - اجتماعى - اقتصادى للحى.
- مساعدة الأهالى لإيجاد وسيلة لإدماج الطفل فى المجتمع عن طريق اشتغاله بمهنته فى الحى المقيم وفقاً لإمكانيات الحى.

٢- الأخصائية النفسية، ومسئولياتها:

- تقييم مستوى قدرات كل طفل.
- اصطحاب وإرشاد ومساندة المتطوعين فى زيارتهم الأولى للطفل.
- المشاركة فى تدريب الأهالى والمتطوعين.

٣- المدرس المتخصص، ومسئولياته:

- تدريب المتطوعين على استخدام البرامج.
- متابعة المتطوعين فى الزيارات المنزلية.
- وضع أساس البرنامج فى كل حى جديد لمدة محددة (ستة أشهر على الأقل).
- تدريب شخص من نفس الحى ليتولى مسئولية سير المشروع فى الحى من بعدهم.
- تأليف وكتابة وابتكار وتنفيذ المواد التربوية (البرامج والألعاب، واللغة، ومدى اعتمادها على الذات... إلخ).

٤- الطبيب، ومسؤلياته:

- عمل فحص طبى لكل طفل.
- حث وتوعية أطباء البيئة للاهتمام بمشكلة الإعاقة العقلية.
- المشاركة فى تدريب المتطوعين والأهالى.

٥- المشرف، ومنسولياته:

- الإشراف على البرنامج فى كل حى.

- اختيار الأحياء الجديدة.

- التدريب المستمر للمتطوعين والأهالى والمدرسين المتخصصين.

٦- المشرف المحلى، ومسئولياته:

- الرجوع إلى مشرف أنشطة البرنامج بصفة منتظمة.

- متابعة الأهالى والمتطوعين.

- إمداد المشروع بصفة دائمة بمتطوعين وأسر جديدة.

مسئوليات أخرى:

- مسئولة عن ورشة لعمل الألعاب وتحضير «حقيبة ألعاب تربوية» لكل متطوع.

- مسئولة عن التعاون بين البرنامج وبين قطاع شباب «كريتاس» بهدف تجميع متطوعين.

- مسئولة عن متابعة الأخصائى لها خبراتها فى التعامل مع الجهات الحكومية وأيضاً للاتصال مع أسر الأطفال.



الفصل الثامن

العمل الفريقى فى مؤسسات رعاية المعاقين

أولاً: محددات ممارسة الخدمة الاجتماعية فى العمل الفريقى.

ثانياً: أهمية دور الأخصائى الاجتماعى فى العمل الفريقى فى مؤسسات الإعاقة.

ثالثاً: أدوار فريق العمل المهنى فى رعاية المعاقين.

رابعاً: أساليب العمل التى تتناسب وطبيعة العمل فى مؤسسات رعاية المعاقين وتؤثر على العمل الفريقى.

خامساً: إدراك فريق العمل المهنى للدور المتوقع من الأخصائى الاجتماعى فيما يتعلق بالعمل الفريقى.

سادساً: بعض الصعوبات والمقترحات المرتبطة بطبيعة العمل الفريقى من واقع الدراسات الميدانية.

مقدمة:

أصبحت الممارسة المهنية للأخصائى الاجتماعى فى أى مجال من مجالات الخدمة الاجتماعية ترتبط بممارسة المهن الأخرى. وهى ظاهرة تمثل تطوراً وتحسيناً جوهريا على أساليب ممارسة المهنة، وفى مجال رعاية المعاقين يعمل الأخصائى الاجتماعى مع العديد من التخصصات، وبديهى أن مثل هذا التنوع، بل التمايز والتباين لا يمكن أن يؤدى إلى التفكك أو التصدع ولكن من المؤكد أن يؤدى إلى التضامن إذا نفذ بنجاح. وأولى تلك الاعتبارات التى تؤدى إلى تعاون فريق العمل المهنى: الفهم الواعى لديناميات العمل الفريقى، وهو أمر لازم لجميع عمليات الممارسة المهنية مهما اختلفت مستوياتها، وبفضل هذا الفهم يستطيع كل طرف من أطراف الفريق أن يؤدى دوره أداء سليماً نافعاً. فلا يكفى أن يتعلم طرف معين من فريق كبير كيف يؤدى دوره ولكنه يتعلم فى نفس الوقت توقعاته من الآخرين.

ومن المكونات الأساسية لهذا الفهم أن يصبح واضحاً لكافة أفراد الفريق أن فكرة التخصص وتقسيم العمل التى كانت أساساً فى تشكيل هذا الفريق سيكون حصادها الأهم تجويد عمل هذا الفريق والارتقاء بمستواه، وتتحقق جودة الخدمة المقدمة بفضل تعميق المعرفة، وصقل المهارة، وتركيز الجهد. فالثمرة النهائية هى خدمة أجود بتكلفة وعبء أقل.

وعلى ذلك أصبح العمل الفريقى ضرورة باعتباره منظوراً يتعدى خصوصية المهنى إلى كلية التوجهات.

ويعرف العمل الفريقى بأنه:

«روح الفريق الذى ينتج من تعاون مجموعة من الأفراد لتحقيق هدف مشترك»، وهو «الجهد التعاونى بالنسبة لمجموعة منظمة لتحقيق هدف مشترك»، كما حدد على أنه «مجموعة من الأفراد الذين يعملون معاً لتحقيق هدف أو أكثر بطريقة أفضل مما لو عمل كل منهم بمفرده».

وعلى ذلك يتضمن مفهوم العمل الفريقى فى مجال رعاية المعاقين ما يلى:

- مجموعة من المهنيين ذوى التخصصات المختلفة يجمعهم عمل واحد هو رعاية المعاقين.

- يتم تحديد أدوار معينة تبعاً لتخصص كل منهم.
- يمثل الأخصائى الاجتماعى أحد أعضاء هذه المجموعة.
- يقوم العمل بينهم على أساس التعاون والتنسيق لتحقيق أهداف الموسسة فى ضوء التفاهم والثقة المبنية على الاحترام المتبادل ويساعد العمل التعاونى بينهم على أداء فريق العمل لدوره بشكل متكامل وبكفاءة مما يسهم فى تقديم الخدمات المتكاملة للمعاقين.

ويجب أن يلتزم فريق العمل المهنى بالمؤسسة بالمبادئ الآتية:

- الاعتراف بالخبرات المختلفة لأعضاء الفريق.
- مشاركة أعضاء الفريق فى جميع مراحل العمل.
- أخذ الاختلافات فى الرأى فى الاعتبار عند وضع خطط العمل.
- احترام أنظمة وأساليب أعضاء الفريق فى العمل بما فيها من تشابهات واختلافات.
- أن يتحمل كل عضو فى الفريق المسئولية الجماعية للوصول إلى الخدمة المطلوبة.

أولاً: محددات ممارسة الخدمة الاجتماعية فى العمل الفريقى

يقصد بمحددات ممارسة الخدمة الاجتماعية فى العمل الفريقى دور الأخصائى الاجتماعى فى العمل الفريقى، ويتطلب ذلك أن نستعرض مجموعة من المحاور الأساسية التى تظهر طبيعة ومضمون عملية الممارسة الفريقية وهى:

أ- الهدف:

ويتمثل فى كيفية تناغم أهداف الخدمة الاجتماعية مع أهداف التخصصات الأخرى فى الفريق، وهل من الأفضل تحديد دور مسبق للأخصائى الاجتماعى، أم يترك حسب تحديد الفريق المهنى؟ بمعنى ماذا يريد هو منهم؟ وماذا يريد أعضاء الفريق من الأخصائى الاجتماعى؟ وهل يقتصر دور الأخصائى على مجرد تزويد أعضاء الفريق بالمعلومات أم يؤدى أدواراً مهنية أخرى فى إطار الممارسة الشاملة؟

ب- البرنامج:

والمقصود به محصلة المثيرات والاستجابات التى تحدد دور الأخصائى الاجتماعى، وعليه كيف يمكن أن يحقق البرنامج قدرا من الدينامية؟

جـ- القيادة:

وهى واضحة تماماً فى العمل الفريقى حيث يمثل كل عضو فى الفريق قدرة أو مهارة معينة؟ وعلى ذلك كيف يمكن للقيادة تحديد أدوار كل عضو من أعضاء الفريق؟ وكيف يمكن للقيادة توفير قدر من الحرية فى صياغة الأدوار المهنية لأعضاء الفريق؟ وما هى أفضل الاستراتيجيات فى تحديد الأدوار؟.

د- المهارة:

ونعنى بها تمكين كل عضو فى الفريق من تحقيق الأداء له ولباقى أعضاء الفريق مثل المهارات الاتصالية والمهارة التفاعلية والمهارة التعاونية.

ثانياً: أهمية دور الأخصائى الاجتماعى فى العمل الفريقى فى مؤسسات الإعاقة

ترجع أهمية دور الأخصائى الاجتماعى فى العمل الفريقى فى مؤسسات الإعاقة بصفة عامة إلى أن مشاكل المعاق وأحواله الطبية والنفسية والاجتماعية متداخلة، وهذا ما يؤدى إلى أهمية ارتباط عمل الطبيب والأخصائى الاجتماعى والاخصائى النفسى والمدرسى.. إلى آخر بقية أعضاء الفريق؛ لأن عملهم معاً يساعد على تنفيذ الخطة الموضوعة لصالح المعاق، وأن الخدمات التى يقدمها الأخصائيون الاجتماعيون تعتبر جزءاً مكملاً للخدمات الأخرى بمؤسسات الإعاقة والتأهيل إلى جانب أهمية تكامل أدوار الفريق المتعامل مع المعاقين فى تحقيق أهداف مؤسسات الإعاقة.

ويلعب الأخصائى الاجتماعى دوراً هاماً فى العمل الفريقى فى مختلف الأوقات؛ وذلك من خلال ممارسته للأدوار المهنية، ومن العوامل التى تساعد الأخصائى الاجتماعى بوصفه عضواً فى فريق العمل المهنى مع المعاقين، فى أن ينجح فى القيام بأداء هذا الدور ما يلى:

أ- استعداد واتجاهات الأخصائى الاجتماعى للعمل فى مجال رعاية المعاقين، ومقوماته الشخصية اللازمة لممارسة العمل فى مجال رعاية المعاقين ومنها:

- الرغبة فى العمل مع المعاقين، وأن تكون اتجاهاته إيجابية نحوهم.
- أن يكون متزنا عاطفياً صبوراً، رحب الصدر.
- أن يكون لديه القدرة على تحمل المسئولية تجاه المعاقين، وحسن التصرف فى المواقف غير العادية التى قد تصادفه، لبقاً فى حديثه معهم بشكل لا يحرج شعورهم أو يخدش حياءهم، مقدراً لظروف إعاقة كل منهم.
- أن يكون عطوفاً رحيماً غير قاس معهم، مهما صدر منهم من تصرفات، مقدراً لظروفهم النفسية والاجتماعية.

وذلك لأن دوره وموقفه فى العمل الفريقى تدعمه صفاته الشخصية وقدرته واستعداده للعمل فى هذا المجال.

ب- إعداده مهنياً للقيام بالتعامل مع المعاقين وتقديم الخدمات المباشرة كعضو فى فريق يهتم بالأبعاد النفسية والاجتماعية كجزء مكمل لمختلف جوانب الرعاية الأخرى. ومن الصفات المهنية اللازمة للأخصائى الاجتماعى فى هذا المجال:

- أن يكون ملماً بسيكولوچية المعاقين، ويحسن قيادة صفوفهم، وملماً بأسباب إعاقتهم وظروف كل منهم.
- أن يجيد استخدام أساليب وطرق التفاهم للمعاقين بما يتناسب مع قدراتهم واستعداداتهم وظروف إعاقاتهم.
- أن يجيد قيادة مجموعات المعاقين من فئات ونوعيات مختلفة.
- أن يكون من المشهود لهم بالكفاءة فى العمل وحسن الالتزام بواجباته ومسئولياته تجاه المعاقين.
- أن يكون على دراية بالمشكلات التى يتعامل معها والأنشطة المتصلة بها.
- أن يكون قادراً على تحقيق التفاعل والاتصال والتنسيق بين فريق العمل المهنى ولديه المهارات اللازمة للعمل مع الفريق.

ثالثا: أدوار فريق العمل المهنى فى رعاية المعاقين

يوفر العمل الفريقى العديد من المميزات التى تجعله ضرورة كإطار عمل فى مؤسسات رعاية المعاقين، لكنه قد تقابله بعض الصعوبات أو المشاكل التى تحد من قدرته على تنفيذ المهام الموكولة إليه.

ويظهر ذلك من انعدام قدرة الفريق على تحقيق التفاعل الإيجابى بين أعضائه من التخصصات المختلفة، ومرد ذلك إلى عدم توافر الإدراك الواضح لكل عضو فى الفريق لدوره وأدوار التخصصات الأخرى، كما أشارت بذلك نتائج الدراسات الميدانية. وفيما يلى تصور لفريق العمل المهنى بمؤسسات رعاية المعاقين، والدور المتوقع من كل عضو فى الفريق.

ويتكون فريق العمل المهنى فى مجال رعاية المعاقين من:

- الطبيب.
- الأخصائى النفسى.
- المدرس.
- أخصائى التأهيل المهنى.

وفيما يلى عرض للدور المتوقع لكل عضو من فريق العمل المهنى:

*** الدور المتوقع من الطبيب فى مجال رعاية المعاقين:**

- إجراء الفحص الطبى الشامل.
- تحديد القدرات الجسمية والأمراض التى يعانى منها المعاق.
- علاج المعاق من الأمراض التى يعانى منها، ووقايتة من الأمراض التى قد يتعرض لها.
- تحديد الأجهزة التعويضية المتاحة واللازمة للمعاق لتحقيق الاستفادة القصوى من قدرات المعاق لتمكينه من الاعتماد على نفسه وممارسته حياه منتجة.
- تحديد خدمات العلاج الطبيعى اللازمة فى حالة احتياج المعاق لها والمناسبة لإعاقته.
- اقتراح الأعمال المناسبة أو تلك التى يوصى بعدم تدريب المعاق عليها لتعارضها مع ظروفه الصحية والجسمية.

- اقتراح الأنشطة الرياضية المناسبة والأخرى غير المناسبة للحالة حتى يمكن تجنبها.
- المشاركة فى توعية وتعليم الأهالى فيما يختص بالناحية الصحية والتعرف على حالات الإعاقة.

*** الدور المتوقع من الأخصائى النفسى:**

- إجراء الاختبارات النفسية واختبارات الذكاء والقدرات الخاصة.
- إجراء المقابلات الإكلينيكية وجمع الملاحظات عن المعاق.
- وصف أسلوب التعامل المناسب لكل حالة على حدة.
- مساعدة المعاق على التغلب على الحالة النفسية التى تصاحب العجز أو الإعاقة.
- اقتراح المهن والأنشطة الرياضية المناسبة للحالة النفسية للمعاق.

*** الدور المتوقع من المدرس:**

- تعليم المعاقين بالطرق الخاصة والمناسبة لكل فئة من فئات المعاقين.
- استخدام الأدوات والوسائل التعليمية المناسبة.
- مساعدة المعاق للتغلب على المشكلات التعليمية التى تواجهه.
- التعامل مع المعاق وفقاً لظروفه الصحية والنفسية المحددة من الأخصائيين.
- ملاحظة المعاق وعرض مشكلاته التى تستوجب التعامل على الأخصائى الاجتماعى.
- المشاركة فى تنفيذ خطة العلاج المناسبة للحالة فى حالة تعرض المعاق لمشكلة معينة.

*** الدور المتوقع من أخصائى التأهيل المهنى:**

- تدريب المعاق على الحرف والصناعات فى حالة عدم قدرته على الاستمرار فى التعليم.

- مراعاة الظروف الصحية والنفسية للمعاق أثناء تدريبه.
- التعرف علـى المهن والأعمال المقترحـة من قبل الطبيب والأخصـائى النفسى عند اختياره لها.
- اقتراح الأعمال المناسبة له بعد تدريبه.
- مساعدته فى عملية التشغيل.
- المشاركة فى تنفـيذ الخطط العلاجية لـبعض المعاقين مع أعضـاء فريق العمل المهنى.

*** الدور المتوقع من الأخصائى الاجتماعى:**

- استـقبـال المعاق ودراسـة التاريخ التطـورى للأسرة والإعاقـة والمساهمـة فى تشخيص الحالة ووضع خطة العلاج المناسبة.
- العمل مع الأسرة ومساعدتها على تقـبل المعاق وطريقة التعامل معه، ودورها فى رعايته، وتوجيهها للاستفـادة من خدمات المؤسسات الأخرى فى المجتمع فى حالة حاجتها إلى ذلك.
- إشراك المعاق فى البرامج والأنشطة المختلفة بالمؤسسة، لشغل وقت فراغه عن طريق ممارسة الهوايـات والتدريب على بعض اللعبات، والتـعديل من عاداته السلوكية الخاطئة فى المشى والطعام والكلام والتعامل مع الآخرين.
- إجراء البحـوث المختلفة لمعرفة أسبـاب الإعاقة، وتقييم الخـدمات التى تقدم للمعاقين، والتعاون مع المؤسسات الأخرى فى المجتمع لتقديم الخدمات التى يمكن بها مواجهة ما يعترض المعاقين من مشكلات.
- المشاركة فى عقد المؤتمرات المختلفة المرتـبطة بمجال الإعاقة ورعاية المعاقين أو المشاركة فيها والتعرف على كل جديد فى المجال.
- المساهمة فى تحديد البرامج التدريبية التى تقدم للمعاق بهدف تزويده بالمهارات الجديدة وإتقان المهارات القديمة لديه؛ وذلك بوضع هذه البرامج على صورة تلائم حالة المعاق وظروفه بحيث يكون المعاق منتجاً.

- المساهمة فى وضع وتنفيذ خطة رعاية المعاقين بالمؤسسة مع مراعاة الفردية فى التعامل مع المعاق وفى تأهيله، بما يساعد المعاق على رسم وتحديد مستقبل حياته التعليمية أو المهنية والاجتماعية فى ضوء قدراته وطاقاته والبرامج التدريبية التى قدمت له.
- متابعة المعاقين فى تعليمهم وتأهيلهم مهنيا وفى توظيفهم والتأكد من استمراريتهم فى ذلك بنجاح؛ مما يؤكد مدى تكيفهم فى المجتمع وتحقيق أهدافهم فى ضوء قدراتهم وإمكانياتهم ومساعدتهم فى التغلب على المشكلات التى تعوق استفادتهم من هذه الخدمات.
- ومن أهم أدوار الأخصائى الاجتماعى فى مؤسسات رعاية المعاقين دور المنشط، والموجه والمعاون والخبير. ومن أهم الاستراتيجيات المستخدمة: إستراتيجية الإقناع، والتعليم، وحل المشكلات وتنمية المهارات والضغط فى بعض الأحيان. ومن تكتيكات العمل فى المجال: المناقشة الجماعية والتنبيه والنصح والتوضيح... إلخ.

رابعاً: أساليب العمل التى تتناسب وطبيعة العمل فى مؤسسات رعاية المعاقين وتؤثر على العمل الفريقى

من أساليب العمل التى تعمل على تنمية العمل الفريقى وتحدث التكامل بين الأدوار والتخصصات المختلفة:

- التكامل والتعاون مع فريق العمل المهنى
- الثقة المتبادلة بين فريق العمل المهنى
- الإدراك التام لأدوار كل عضو فى فريق العمل المهنى.
- المناقشة الجماعية.
- الدعم المتبادل.
- وجود قنوات اتصال مفتوحة بين أعضاء الفريق.
- دينامية عملية المساعدة.

- التخطيط السليم لرعاية المعاقين.

- التنسيق كإستراتيجية للعمل.

خامساً: إدراك فريق العمل المهنى للدور المتوقع من الأخصائى الاجتماعى فيما يتعلق بالعمل الفريقى

- إمداد فريق العمل بالمعلومات الدقيقة اللازمة عن الحالات.

- تنظيم الاجتماعات الدورية بين أعضاء الفريق لمناقشة مشكلات وأساليب العمل.

- مواجهة المشكلات التى قد تحدث بين أعضاء الفريق.

- دراسة المجتمع المحلى لتحديد مصادر الخدمات التى يمكن للمؤسسة الاستفادة منها.

- فهم أدوار التخصصات الأخرى والعمل على التنسيق بينها.

- تحقيق التعاون بينه وبين التخصصات الأخرى.

- إحداث التفاعلات الإيجابية بين فريق العمل المهنى.

- التخطيط لعمله وتوصيف الدور الخاص به مع فريق العمل المهنى.

سادساً: بعض الصعوبات والمقترحات المرتبطة بطبيعة العمل الفريقى من واقع الدراسات الميدانية

- عدم توافر إعداد مهنى مناسب لباقى تخصصات العمل الفريقى.

- عدم كفاية المعارف النظرية المرتبطة بالعمل الفريقى.

- عدم توافر دورات تدريبية خلال فترة الممارسة على العمل الفريقى.

- انعدام تقدير المسئولين لدور فريق العمل وتأثيره على فعالية أدائه.

- انعدام وعى رئاسات العمل بأساليب العمل الفريقى.

- تأثير الخلفيات العلمية لفريق العمل ووجود بعض التعالى من بعض التخصصات على غيرها.

- عدم وجود برنامج تدريبى محدد على العمل الفريقى.

- عدم وجود توصيف لأدوار كل عضو فى فريق العمل المهنى.

وتأسيساً على ما سبق، فإن فـريق العمل ليس مجرد عدد من الأشخاص وإنما عدد من الأعضاء يمـثلون تخصصات مرتبطة بتحـقيق أهداف المؤسسة التى يعملون بها ويلعـبون أدواراً متكاملة complementary Roles وهو بهذا يقترب بدرجة كبيرة من التنظيمات الرسمية؛ وكون فريق العمل تنظيماً رسمياً يستتبع ذلك أن يكون له المقومات التالية:

١- أن يقوم لتحقيق عدد من الأهداف، أى الأغـراض العامة المتميزة عن الأهداف الشخصية لكل من أعضـائه، والتى تحدد وتكتب مسبقاً فى لائحة المؤسسة.

٢- أن يوضع له نظام لتقسـيم العمل وتوزيع الأدوار التى يقتضيـها إنجاز المهمة.

٣- أن يوضع له نظام للاتصال يحدد أساليب الاتصال المختلفة بين أعضائه.

٤- أن يتبنى مجموعة من القواعد، لاختيار الأعضاء، وإحلال محلهم، أو استبدالهم.

٥- أن يعتمد على نظام واضح للجزاء.

هذا، ويتوقف نجاح العمل الفريقى فى أدائه لوظائفه على مدى قدرته على تحقيق التـفاعل والانسجام بين الأدوار والوظائف المحـددة لأعضائه، وإدراك كل عضو فى الفريق لوظيفته وتخصصه، وإدراكه لكيفية الاستفادة من تخصصات باقى الأعضاء الآخرين واحـترام كل عضو فى الفريق لعمل وتـخصص كل الأعضاء الآخرين، على أن يتم العمل الفـريقى وفق نوع من التنسيق الذى يتم من خلاله تحديد وترتيب وتنظيم جهود أعضاء الفـريق للوصول إلى عمل جماعى متكامل تتحقق فيه الأهداف.

الفصل التاسع

أدوار الأخصائى الاجتماعى مع المعاقين

أولاً: أهداف الخدمة الاجتماعية فى العمل مع المعاقين

ثانياً: دور الخدمة الاجتماعية فى العمل مع المعاقين

ثالثاً: أدوار الأخصائى الاجتماعى فى عمله مع المعاقين

مقدمة:

سوف نقوم بتوضيح ذلك من خلال عرض لأهداف ودور الخدمة الاجتماعية بصفة عامة فى العمل مع المعاقين ثم توضيح أهم الاعتبارات التى يجب أن يراعيها الأخصائى الاجتماعى فى العمل مع المعاقين ثم توضيح لأدوار الأخصائى الاجتماعى فى العمل مع المعاقين.

أولاً: أهداف الخدمة فى العمل مع المعاقين

تعمل الخدمة الاجتماعية فى مجال رعاية المعاقين لتحقيق الاهداف الآتية:

١- أهداف إنسانية:

تتحقق الأهداف الإنسانية فى رعاية المعاقين من خلال المساهمة مع فريق العمل المهنى من الأخصائيين فى مختلف التخصصات لرعاية وتأهيل المعاقين، مما يخفف من حدة المشكلات والآلام التى يتعرض لها المعاقون فى حياتهم ويقلل من الآثار النفسية والاجتماعية المترتبة عليها من فشل وانحراف وتخلف وتحقق لهم التكيف السليم مع أنفسهم ومع مجتمعهم ويحقق لهم الشعور بالأمن والسعادة بين أسرتهم ومجتمعهم الذى يعيشون فيه. ويتم ذلك من خلال:

أ- مساعدتهم على استعادة ثقتهم بأنفسهم من خلال تعويدهم على التفاعل المتزن مع الغير.

ب- مساعدتهم على إقامة علاقات إيجابية بناءة فى المجتمع، وسلوك سوى خال من التناقضات.

جـ- مساعدتهم على تحمل الشدائد والصعاب ومواجهتها والتخلص من المشاعر السلبية.

د- مساعدتهم على أن يصبحوا مواطنين صالحين من خلال زيادة قدراتهم على الإنتاج، وبالتالى الإحساس المستمر بالرضا والسعادة.

٢- أهداف إقتصادية:

إن اهتمام فريق العمل المهنى - ومنهم الأخصائى الاجتماعى - برعاية المعاقين يحول المعاقين من مجرد مستهلكين إلى مواطنين منتجين لا يعيشون عالة على

ذويهم ومجتمعهم ويسهمون قدر استطاعتهم فى زيادة الدخل القومى. وعلى العكس من ذلك فإن إهمالهم يؤدى إلى فشلهم وانحرافهم ويعرض المجتمع لخسائر فادحة تفوق فى المدى البعيد ما ينفق على برامج رعايتهم وتأهيلهم. وتساهم الخدمة الاجتماعية فى تحقيق تلك الأهداف الاقتصادية بمساعدة المعاقين على زيادة قدراتهم على الإنتاج ويتم ذلك من خلال:

أ- المساهمة فى توفير الإمكانيات المختلفة التى تساعد على تأهيلهم مهنياً بما يتناسب مع قدراتهم وإمكانياتهم.. وتنمية قدراتهم المتبقية لديهم من خلال مساعدتهم على التوجه إلى المؤسسات والمكاتب الخاصة برعايتهم وتأهيلهم، ومساعدتهم فى الحصول على الأجهزة التعويضية اللازمة لهم، والعمل على مساعدتهم على مواجهة ما يعترضهم من مشكلات أثناء حصولهم على مختلف الخدمات الطبية، والتعليمية، والمهنية... إلخ.

ب- مساعدتهم فى الحصول على العمل المناسب لتأهيلهم وظروفهم ومتابعتهم أثناء العمل لضمان نجاحهم واستقرارهم واستمرارهم فيه.

جـ- العمل على تطبيق التشريعات والقوانين والدعوة إلى إصدار أو تعديل الصادر منها بما يكفل لهم فرص العمل المناسبة.

د- العمل على توعية وتعديل اتجاهات رجال الأعمال والقطاع الخاص نحو المعاقين وحثهم على إعطائهم فرص العمل المكفولة لهم بالقانون وحثهم على المساهمة فى رعايتهم وتأهيلهم.

هـ- العمل على توعية أفراد المجتمع باحتياجات هذه الفئة ودورها فى تنمية المجتمع ودور أهالى المجتمع فى مساعدتهم للقيام بهذا الدور من خلال المساهمة فى رعايتهم وتأهيلهم وتعديل الاتجاهات السلبية تجاههم.

٣- أهداف اجتماعية:

تتحقق هذه الأهداف من خلال قيام الأخصائى الاجتماعى بدوره فى مؤسسات رعاية وتأهيل المعاقين بالإضافة إلى مساهمة الأخصائيين الاجتماعيين فى المجالات الأخرى مثل المجال التعليمى والطبى.. إلخ، ويتم ذلك من خلال:

أ- المساهمة فى الحد من الإعاقة والعجز بالاكتشاف المبكر لحالات الإعاقة ومساعدتها على التوجه السريع لمؤسسات رعاية وتأهيل المعاقين فى مختلف مجالات عمل الأخصائى الاجتماعى.

ب- رعاية المعاقين من صغار السن لاستكمال تعليمهم ونجاحهم فيه ومساعدتهم على التغلب على ما يعترضهم من مشكلات تعوق ذلك.

جـ- المساهمة فى التوجيه والاختيار والتأهيل المهنى بما يتناسب مع قدراتهم وأيضاً المساهمة فى إيجاد فرص لتشغيلهم ومتابعتهم فى كل ذلك ومساعدتهم فى مواجهة ما يعترضهم من مشكلات أثناء عملية التأهيل المهنى وأثناء العمل.

د- مساعدة أسر المعاقين فى مواجهة ما يعترضهم من مشكلات وتوجيههم للاستفادة من المؤسسات الموجودة فى المجتمع فى حالة احتياجهم لها.

هـ- مساعدة أسر المعاقين وتعليمهم كيفية التعامل مع المعاق ورعايته.

و- تنوير الرأى العام من أهالى المجتمع المحلى نحو المعاقين وأسلوب معاملتهم ودورهم فى رعايتهم وتأهيلهم.

ز- توفير فرص شغل أوقات فراغهم بالإمكانيات المناسبة لظروفهم ويحقق لهم السعادة والرضا.

ح- تشجيع البحوث العلمية للتعرف على احتياجات المعاقين ومشكلاتهم وتحسين أساليب رعايتهم.

٤- أهداف مجتمعية:

من خلال المساهمة فى زيادة عدد الأفراد المساهمين فى الإنتاج وزيادة مجهوداتهم لتحقيق النمو الاقتصادى، وزيادة توظيف المعاقين وتوفير الخدمات لهم يضمن ويحقق الاستفادة من جميع الطاقات البشرية الموجودة فى المجتمع، حيث إن التنمية تقوم بالإنسان وللإنسان ولا مكان لعاطل فيها فكل الجهود والموارد المالية التى تصرف على رعاية وتأهيل المعاقين تعود على المجتمع فى المدى البعيد بالنفع بما يجعلهم يساهمون فى التنمية الاقتصادية والاجتماعية للمجتمع.. أى يحقق الأهداف المجتمعية.

٥- أهداف مهنية:

بتحقيق الأهداف الإنسانية والاقتصادية والاجتماعية والمجتمعية تتحقق الأهداف الأساسية لمهنة الخدمة الاجتماعية والتى منها: «المساهمة فى إحداث تغييرات مرغوبة فى الأفراد والأسر والجماعات والمؤسسات والمجتمعات بقصد إيجاد تكيف متبادل بينهم وبين بيئاتهم الاجتماعية بمساعدتهم وتنمية قدراتهم على مواجهة مشكلاتهم الاجتماعية والوقاية منها، كما أنها تهدف إلى مساعدتهم على استثمار أقصى ما لديهم من قدرات للوصول إلى مستويات اجتماعية لائقة، ومن ثم تحقيق الرفاهية الاجتماعية لهم».

ثانياً: دور الخدمة الاجتماعية فى العمل مع المعاقين

ولتحقيق الأهداف السابقة يقوم الأخصائى الاجتماعى فى مجال رعاية المعاقين بممارسة الأدوار الوقائية والعلاجية والتنموية والإنشائية كما يلى:

١- الدور الوقائى:

يقوم الأخصائى الاجتماعى على سبيل المثال لا الحصر بما يلى:

- الدعوة لتجنب مسببات الإعاقة الوراثية منها والبيئية وتنوير الرأى العام بضرورة الفحص الشامل قبل الزواج واتخاذ الإجراءات الطبية اللازمة لتجنب إعاقة أبنائهم.
- التأكيد على المساهمة بالرعاية المبكرة والعاجلة فى حالة اكتشاف الإعاقة والإسراع بالتأهيل والحصول على خدماته المختلفة.
- الاهتمام بإجراء الدراسات والأبحاث الميدانية بأنواعها المختلفة فى مجال الإعاقة ورعاية وتأهيل المعاقين ومؤسسات الخدمات المختلفة التابعة لها.
- الدعوة إلى إتاحة فرص العمل المناسبة للمعاقين وظروفهم.
- تدريب العاملين فى مجال رعاية وتأهيل المعاقين لرفع مستوى أدائهم ورفع كفاءة مؤسساتهم وزيادة فعاليتها فى تحقيق أهدافها ورفع مستوى الخدمة المقدمة للمعاقين.

٢- الدور العلاجي(*):

وفيه يقوم الأخصائى الاجتماعى بالعمل مع «المعاق وأسرته» كما يلى:

أ- العمل مع المعاق: وفيه يقوم الأخصائى الاجتماعى على سبيل المثال لا الحصر بما يلى:

- استقبال المعاق ومساعدته نفسيا على تقبل المؤسسة والتخفيف من الاضطرابات النفسية التى يعانى منها وتشجيعه على التعبير عن مشاعره السلبية المصاحبة للإعاقة.
- إجراء البحث الاجتماعى لحالة المعاقون مع الاهتمام بدراسة التاريخ الاجتماعى للمعاق لتحديد الخطوات العلاجية اللازمة له، ومد فريق العمل المهنى بالفهم الواضح لظروف المعاق الاجتماعية والبيئية التى تساعد على التقييم لحالته ووضع الخطة المتكاملة للتعامل معه.
- مساعدة المعاق على تقبل واقعه ومساعدته على التوافق معه، مع توضيح دوره ودور المعاق نفسه فى تحمل مسئوليات العلاج.
- العمل على توفير المناخ المناسب لرعاية وتأهيل المعاق من خلال إقامة علاقة مهنية ومساعدته على التغلب على ما قد يواجهه من عقبات أثناء رعايته وتأهليه.
- مساعدة المعاق على تفهم إعاقته وآثارها، وأهمية الاستفادة من مختلف التأهيل مع إعداده لتقبل مختلف أنواع الاختبارات والتجاوب مع مختلف المتخصصين.
- العمل على تعديل اتجاهات المعاق السلبية نحو نفسه وأسرته ومجتمعه.
- تنمية قدرات وإمكانات وحواس المعاق حتى يستفيد بنفسه وتنمية الدافع الذاتى للتعليم والنجاح.
- مساعدة المعاق فى الحصول على العمل المناسب لظروفه ومتابعته أثناء عمله لضمان نجاحه واستقراره واستمراره فيه.

(*) انظر الفصل السادس الخاص بالاتجاهات الحديثة فى مجال رعاية المعاقين من منظور الخدمة الاجتماعية.

ب- العمل مع الوالدين وأسرة المعاق: وفيه يقوم الأخصائى الاجتماعى بما يلى:

- التخفيف من المشاعر السلبية للوالدين تجاه الإعاقة والمعاق.
- تنوير الوالدين بالإعاقة وأسبابها وتأثيرها على شخصية المعاق ومشكلاتها واحتياجات المعاق والرعاية اللازمة لهم من قبلهم وتعليمهم كيفية تقديم هذه الرعاية بموضوعية دون مغالاة.
- مساعدة الأسرة على تقبل الإعاقة والمعاق وضرورة إحاطته بالحب والعطف والأمان وإعطائه الفرص اللازمة للتعليم والتأهيل وشغل وقت الفراغ.
- تشجيع وتعليم الأسرة الأساليب اللازمة للتعامل مع المعاق وضرورة وجود اتصال وحوار دائم مع المعاق بنفس أسلوبه حتى لا يشعر بالانعزال.
- تنوير الأسرة بضرورة تنمية القدرات والحواس المتبقية للمعاق وخاصة فى حالة إعاقته فى سن مبكرة.
- توجيه الأسرة لمختلف المؤسسات بالمجتمع فى حالة احتياجها لخدماتها ومساعدتها فى ذلك.
- إتاحة الفرصة لآباء وأمهات المعاقين بالمؤسسة للالتقاء معاً، وترك الحرية لهم للتعبير عن مشاعرهم وخبراتهم، مما يكون له أثر كبير فى شخصية الوالدين وتنمية قدراتهما على تحمل الصعاب، والتخفيف عن مشاعرهما السلبية ويزيد من قدراتهما على رعاية ابنهما المعاق.
- إتاحة الفرصة للوالدين لمقابلة المتخصصين والمسئولين فى المؤسسة عن رعاية أبنهما المعاق والاستفسار عما يجول بخاطرهما تجاه الإعاقة والمعاق.
- إتاحة الفرصة للوالدين لمعايشة المعاق داخل المؤسسة ولو لمدة يوم واحد أثناء الاحتفالات والمناسبات ورؤية الخدمات التى تقدم لهم فى الواقع وتنمية مهاراتهم فى التعامل مع المعاق ورعايته.
- تنمية الوازع الدينى لدى الأسرة مما يجعلهما أكثر قدرة على الإيمان وتقبل الإعاقة ومشكلاتها.

٣- الدور التنموى: وفيه يقوم الأخصائى الاجتماعى بما يلى:

- المساهمة فى تدعيم وتطوير الخدمات التى تقدم فى مؤسسات رعاية وتأهيل المعاقين.
- الدعوة إلى إصدار تشريعات جديدة وتعديل ما هو قائم بما يحقق ويوفر الرعاية المتكاملة للمعاقين.
- الاهتمام ببيئة المعاق والعمل على توفير الفرص اللازمة لتنفيذ مشروع الهندسة التأهيلية فى مساكن وأماكن عمل المعاقين.
- تشجيع تكوين جماعات من المعاقين للمساعدة الذاتية وتبادل المعلومات حول الأنشطة والموارد التى يمكن أن تساعدهم فى التعامل مع مشكلاتهم.
- إتاحة الفرصة للمعاقين للمساهمة فى حماية البيئة فى مؤسساتهم والمجتمع المحلى بما ينمى قدراتهم على مواجهة المشكلات البيئية والمشاركة فى مواجهة مشكلات المجتمع ويزيد من انتمائهم له وذلك من خلال جماعات العمل الجماعى أو جماعات المهام.

٤- الدور الإنشائى: وفيه يقوم الأخصائى الاجتماعى بما يلى:

- المساهمة فى وضع وتعديل سياسة رعاية المعاقين ورفع آرائه إلى السلطة الأعلى منه.
- المساهمة فى وضع الخطط المستقبلية لرعاية وتأهيل المعاقين فى ضوء إحصاءات المعاقين واحتياجاتهم الفعلية.
- الدعوة لإنشاء المزيد من مؤسسات رعاية وتأهيل المعاقين مع الأخذ فى الاعتبار الهندسة التأهيلية فى إنشائها بما يتناسب والزيادة المتوقعة منهم فى ضوء الزيادة السكانية.
- العمل على توفير أحدث الأساليب والأجهزة والمقاييس اللازمة لتقييم حالة المعاق بأسلوب علمى سليم.
- العمل على تبادل الخبرات مع الدول خاصة تلك التى لها اهتمام بمجال رعاية وتأهيل المعاقين.

- التوسع فى إعداد (فريق العمل المهنى) من الأخصائيين فى مختلف التخصصات لرعاية وتأهيل المعاقين بما يتناسب والأعداد المتزايدة منهم.
- العمل على توفير أحدث الأجهزة التعويضية اللازمة للمعاقين بمختلف فئاتهم حتى تتاح لهم الفرصة للحياة والإنتاج بأقل صعوبة ممكنة.
- العمل على تطوير مختلف أنواع الخدمات التأهيلية (الطبية، والنفسية، والتربوية، والاجتماعية... إلخ) وفقاً لأحدث الطرق والأساليب العلمية.
- القيام بالدراسات والبحوث العلمية اللازمة للتعرف على مشكلات المعاقين واحتياجاتهم، وحصر الموارد والإمكانيات المختلفة اللازمة لمواجهتها وفى ضوء ذلك وضع تصور لاحتياجاتهم ومشكلاتهم المستقبلية واقتراح الحلول لمواجهتها.
- العمل على تطوير المؤسسات القائمة فعلاً على رعاية وتأهيل المعاقين حتى يمكنها مسايرة ما يجرى فى العالم من تغييرات فى رعاية وتأهيل المعاقين.
- العمل على تنمية وتدريب فريق العمل المهنى بمؤسسات رعاية وتأهيل المعاقين باستمرار حتى يمكنهم تطوير أدائهم المهنى وفق الاتجاهات الحديثة لرعاية وتأهيل المعاقين كل فى تخصصه.
- عقد المؤتمرات والندوات والمناقشات التى تبحث قضايا المعاقين وكيفية علاجها.
- حث وسائل الإعلام المختلفة على المشاركة فى توعية أهالى المجتمع بأسباب الإعاقة وأنواعها وكيفية مواجهتها.
- العمل على تطوير وتعديل القوانين والتشريعات الخاصة برعاية وتأهيل وحماية المعاقين خاصة تلك الفئات ذات الإعاقات المتعددة.

ثالثاً: أدوار الأخصائى الاجتماعى فى عمله مع المعاقين

من الممكن تحديد دور عام للأخصائى الاجتماعى فى العمل مع المعاقين، وذلك من خلال خطوط عريضة أو ملامح عامة، مع مراعاة مرونة هذه الخطوط

بالشكل الذى يسمح بتطويعها لتتناسب مع أى نوع من أنواع الإعاقات والتصنيفات الفرعية داخل كل فئة على حدة.

ولكى نحدد هذا الدور يجب علينا أن نوضح كلا من:

١- المحددات الأساسية لعمل الأخصائى الاجتماعى.

٢- الاعتبارات التى يجب أن يراعيها الأخصائى الاجتماعى فى عمله مع المعاقين.

٣- أدوار الأخصائى الاجتماعى فى عمله مع المعاقين.

١- المحددات الأساسية للعمل:

هناك مجموعة من المحددات التى يجب أخذها فى الاعتبار عند العمل مع المعاقين، ولعل من أهم هذه المحددات:

أ- سن المعاق.

ب- نوع الإعاقة وحدتها.

جـ- شخصية المعاق.

د- حاجات المعاق.

هـ- بيئة المعاق.

وسوف نقوم باستعراض موجز لهذه المحددات الأساسية ودور الأخصائى الاجتماعى وتعامله مع كل منها:

أ- سن المعاق:

إن معرفة سن المعاق تحدد حاجاته وفقاً لمرحلة النمو الجسمى والنفسى والعقلى والاجتماعى التى يمر بها، وكذلك متطلبات المرحلة العمرية وبالتالى يختلف دور الأخصائى الاجتماعى مع المعاق صغير السن عنه مع كبير السن، فصغير السن فى حاجة إلى التعليم الخاص وفقاً لظروفه الخاصة بالإعاقة، بينما كبير السن فى حاجة إلى التأهيل المهنى للكبار، فعلى سبيل المثال نجد أن دور الأخصائى مع كل منهما يتمثل فى:

- المساهمة فى خلق الحافز الذاتى للمعاق للالتحاق بالعملية التعليمية والنجاح والاستمرار فيها.
- المساهمة فى تهيئة المناخ المدرسى لتقبل المعاق وإعاقته وإدماجه فى المجتمع الطلابى سواء كان ذلك فى مدارس التربية الخاصة أو فى الفصول الملحقة بالمدارس العادية.
- مساعدة الطفل المعاق الذى يدخل المدرسة لأول مرة على تقبلها والتعود على المحددات الفيزيائية للمكان (الإضاءة، والتهوية، والضوضاء، وصعوبة وسهولة التجول فى المكان.. إلخ).
- مساعدة الطفل المعاق على إكسابه خبرات ومهارات جديدة وتدعيم ما يوجد لديه.
- توجيه ومساعدة الأسرة على المساهمة فى مساعدة الطفل فى العملية التعليمية مع أبنائهم، مما له من أثر كبير فى مواجهة العديد من المشكلات التى يعانى منها الطفل.
- مساعدة الطفل فى مواجهة ما يعترضه من مشكلات أثناء تعليمه سواء كانت مشكلات تعليمية أو أسرية... إلخ.
- المطالبة بضرورة تطبيق الهندسة التأهيلية (بمعنى إعداد مكان التعلم بما يتفق وظروف المعاقين) حتى لا يتعرض الطفل أثناء تعليمه للإحباط نتيجة للفشل المستمر وصعوبة الحركة.
- المساهمة بالمطالبة بتغير المناهج الدراسية بما يتفق ونوعية الإعاقة.
- المساعدة فى توفير الوسائل التعليمية اللازمة مع حالة المعاقين فلكل إعاقة وسائل تختلف عن الأخرى (الكفيف، الأصم، مبتورى الأطراف.. إلخ لكل منهم وسائل تعليمية مختلفة عن الآخر.

أما فى حالة المعاق كبير السن فدور الأخصائى الاجتماعى يتحدد فيما يلى على سبيل المثال:

- مساعدة المعاق فى الحصول على الأجهزة التعويضية اللازمة لحالته.

- المساعدة فى العمل على تهيئة المناخ الملائم وتيسير السبل نحو توجيه وتدريب وتأهيل المعاقين.
- التخفيف من حدة الاضطرابات النفسية التى يعانى منها المعاق الناتجة عن إعاقته ومعاملته المحيطين به.
- مساعدة المعاق فى التغلب على المشكلات التى تعترضه وخاصة تلك التى تعترض تأهيله مهنياً.
- تقوية وتنمية قدرات المعاق المتبقية والتركيز عليها فى تنمية شخصية وتحقيق التوافق النفسى والاجتماعى للمعاق.
- المساعدة فى تقديم مختلف الخدمات التى يحتاجها المعاق سواء كانت (طبية، أو نفسية، أو اجتماعية... إلخ).
- مساعدة المعاق فى الحصول على العمل بعد تأهيله بما يتفق وظروفه الخاصة ومتابعته أثناء العمل ومساعدته فى التغلب على ما يعترضه من مشكلات حتى يمكنه الاستقرار والاستمرار فيه.
- المساهمة فى تهيئة المناخ الفيزيقى فى مجال التدريب والتأهيل والعمل، بما يتناسب مع حالة المعاق، ومساعدته على التعامل السليم فى المجال الفيزيقى الخاص وحواجزها وكذلك الأدوات التى يستخدمها.
- توجيه الأسرة لأسلوب التعامل مع المعاق، مع العمل على تنويرها بالإعاقة وأسبابها ومشكلاتها.
- مساعدة الأسرة فى التغلب على ما يعترضها من مشكلات بتوجيهها للمؤسسات المختلفة والمتنوعة فى المجتمع حتى يمكنها الاستفادة من خدماتها والتخفيف من مشكلاتها.

ب- نوع الإعاقة وحدتها:

يختلف دور الأخصائى الاجتماعى وفقاً لنوع الإعاقة وحدتها نظراً لأنها تحدث خللا فى سمات المعاق الشخصية وفى المشكلات التى يعانى منها فى تعليمه وتأهيله وفى الوسائل المستخدمة فى التعامل معه.

فالأخصائى الاجتماعى مع المكفوفين مثلاً يهتم بـ:

- مساعدة الكفيف على التعامل مع الأشياء بالحواس المتبقية لديه بمعنى ممارسة الأنشطة المحببة لديه والتى عن طريقها يمكنه:
  - تدريب الحواس.
  - التدريب على السير والحركة بطريقة طبيعية.
  - إتاحة الفرصة للتعبير الذاتى.
  - تزويده بالخبرات اللازمة.
- مساعدته على التكيف للحياة فى المدارس أو المؤسسات الخاصة به وتوجيهه ومتابعته المستمرة فى عملية تعليمه وتأهيله مهنيا.
- مساعدة الأسرة للتعامل مع المعاق بصرياً وتعليمها طرق وأساليب الاتصال معه، وقد يكون من المفيد جداً تعلم الأسرة طريقة برايل مثلاً وكتابة خطابات متبادلة معه.

أما دور الأخصائى مع ضعيف العقل فيكون بـ:

- التركيز على التدريب والتأهيل وخاصة أن الطفل ضعيف العقل لا يستطيع الاستمرار فى المرحلة الابتدائية أكثر من السنة الرابعة مع مراعاة: خلق الدافعية لديه عن طريق ربط التأهيل باهتماماته وتشجيعه باستمرار، والتدريب المتكرر حتى تثبت المعلومات لديه لأنه سريع النسيان، واللجوء إلى التدريب على فترات قصيرة وموزعة حتى يمكن الاستمرار فيه، والاهتمام بتكوين العادات المتصلة بالعمل أثناء العمل.
- مساعدته فى الاعتماد على نفسه فى المأكل والملبس.. إلخ، والأسلوب السليم فى التعبير عن احتياجاته.
- مساعدتهم فى تعلم مبادئ القراءة والكتابة والعمليات الحسابية البسيطة والصلاة... إلخ.
- حمايتهم من المشكلات القضائية التى قد يتعرضون لها لأن إدراكهم محدود، بالإضافة إلى سهولة انقيادهم واستهوائهم فقد يستخدمهم الخارجون على القانون كوسائل لتنفيذ جرائمهم.

- توجيه الوالدين لأسلوب معاملة ضعيف العقل واحتياجاته الخاصة به والعمليات التعليمية البسيطة، وكيفية مساعدته وتعليمه العادات السليمة فى الغذاء والملبس، وممارسة الأعمال التى لا تحتاج إلى التفكير والتذكر.. إلى آخر القدرات العقلية غير المتوفرة لديه.

جـ- شخصية المعاق:

يختلف دور الأخصائى الاجتماعى باختلاف شخصية المعاق التى ترتبط أيضاً بنوع الإعاقة ودرجتها وزمن الإعاقة وسن المعاق والبيئة المحيطة به والعوامل الوراثية المحددة لهذه الشخصية، فعل الرغم أنه توجد سمات شخصية لكل إعاقة إلا أن لكل حالة فرديتها التى يجب التعامل معها على أساسها. فشخصية الأصم تتسم بالخوف والعزلة والحيرة والقلق والغضب لعدم قدرته على فهم من حوله، وعدم قدرة من حوله على فهمه، كما أنها تتميز بالصلابة والانقباض، هذه السمات تساعد بطبيعة الحال على حدوث تأخر فى التعلم والتحصيل من الطفل العادى، أما شخصية مبتورى الأطراف فتتسم بالشعور بالنقص وانتقاص قيمته لذاته، والشعور بالذنب والميل للاعتماد على الغير.. إلخ.

وعلى ذلك نجد أن دور الأخصائى الاجتماعى مع الأصم:

- تعديل اتجاهات المعاق غير الإيجابية نحو نفسه أو أسرته أو مجتمعه، مع تعديل بعض السمات والميول العدوانية أو الانطوائية.. إلخ.
- مساعدة الأصم على الإلتحاق بمدارس ومعاهد الصم.
- مساعدة الأصم على الاستفادة من خدمات مؤسسات رعاية وتأهيل الصم والبكم.
- المساهمة فى تأهيل الأصم مهنيا ومساعدته فى الحصول على العمل المناسب.
- إكساب الوالدين بعض المهارات الخاصة بكيفية التعامل مع الأصم فى مواقف الحياة اليومية.
- تشجيع الأسرة على أهمية قيامها بتنمية الحواس المتبقية لدى المعاق وخاصة فى حالة إعاقته فى سن مبكرة.

أما دور الأخصائى الاجتماعى مع مبتورى الأطراف فيتركز فى:

- مساعدة المصاب بالبتر صغير السن على استكمال تعليمه ومساعدته على التغلب على مختلف المشكلات التى يتعرض لها أثناء ذلك.
- مساعدة المصاب بالبتر فى الحصول على الأجهزة التعويضية اللازمة لحالته.
- مساعدته على تحمل المسئولية والعمل على التخفيف من مشاعر النقص وعدم تقبل الذات.. إلى آخر المشكلات النفسية المصاحبة للبتر.
- مساعدة المصاب بالبتر كبار السن والذين فشلوا فى استكمال تعليمهم فى تأهيلهم مهنياً والحصول على عمل والنجاح والاستقرار فيه.

د- حاجات المعاق:

ترتبط حاجات المعاق بالمشكلات والتى سبق عرضها فى الفصل الأول من الكتاب فى موضوع مجال الإعاقة (أساسياته ومتطلباته) ويمكن تلخيصها فى:

- **احتياجات بدنية:** مثل الحاجة للوقاية والعلاج من الأمراض التى تصيبه، واستعادة اللياقة البدنية، وتوفير الأجهزة التعويضية والتجميلية والعلاج الطبيعى.. إلخ.
- **احتياجات إرشادية:** مثل الاهتمام بتخليصه والتخفيف من الاضطرابات النفسية التى يتعرض لها نتيجة الإعاقة ونتيجة لتعامل الغير معه، ومساعدته على التوافق النفسى والاجتماعى، وتنمية شخصيته وقدراته، والتعرف على ميوله واهتماماته وقدراته المتبقية.. إلخ.
- **احتياجات تعليمية:** مثل إتاحة الفرص التعليمية لمن هم فى سن التعليم بالوسائل التعليمية المناسبة لظروفهم وبمناهج تعليمية مناسبة ومدارس خاصة أو فصول خاصة لبعض الفئات من المعاقين، مع الاهتمام بتعليم الكبار.
- **احتياجات مهنية:** مثل تهيئة سبل التوجيه والاختيار والتدريب والتأهيل المهنى مبكراً، وتوفير فرص العمل المناسبة لحالاتهم ومساعدتهم على الاستقرار والاستمرار فى العمل، وإصدار التشريعات اللازمة لزيادة فرص العمل لهم وتسهيل حياتهم، وحمايتهم من التعرض للإصابات والإعاقة الأخرى عن طريق المصانع المحمية.

- **احتياجات اجتماعية**: مثل مساعدتهم على تكوين علاقات إيجابية سليمة مع أقرانهم، وغيرهم من العاديين فى المجتمع، ومساعدتهم على تحقيق التكيف الاجتماعى مع الآخرين ومع المجتمع وتوثيق صلاتهم بمجتمعهم وتعديل نظرة المجتمع إليهم، وتقديم الخدمات الاجتماعية اللازمة لهم، وتمكينهم من الحياة الأسرية الصحيحة، ومساعدة أسرهم على التعامل معهم، وتوفير الأدوات والوسائل اللازمة لشغل أوقات فراغهم.. إلخ. ويجب على الأخصائى الاجتماعى مراعاة حاجات عملائه من المعاقين حسب نوع الإعاقة ودرجتها حيث إن الحاجات واحدة لكنها تختلف فى حدتها ودرجتها حسب نوع الإعاقة وشدتها فيجب على الأخصائى الاجتماعى أن يضعها فى اعتباره عند ممارسته لعمله مع المعاقين.

هـ- بيئة المعاق:

ونركز فيها على أسرة المعاق لما لها من أهمية ودور فى شخصية المعاق وتوافقه النفسى والاجتماعى. وتحتاج الأسرة لتدخل من الأخصائى الاجتماعى ومساعدتها فى حالة إعاقة أحد أفرادها فى كل الأحوال لكن هذا الاحتياج يختلف من أسرة لأسرة ويتوقف ذلك على:

- مستوى تعليم الوالدين وثقافتهما الذاتية.
- مدى الالتزام الدينى بين أفراد الأسرة.
- بعض العادات والتقاليد التى تتبعها الأسرة (زواج الأقارب فى حالة إذا كان السبب الرئيسى ناتجا عن الوراثة).
- نوع الإعاقة، وضع المعاق فى الأسرة (رب الأسرة، الابن الوحيد، البنت).
- المشكلات الأسرية.
- المستوى الاقتصادى للأسرة.
- أسلوب معاملة الوالدين للمعاق.

٢- الاعتبارات التى يجب أن يراعيها الأخصائى الاجتماعى فى عمله مع المعاقين:

حتى يستطيع الأخصائى الاجتماعى أن يمارس عمله ودوره بفاعلية فى مجال رعاية وتأهيل المعاقين، عليه أن يأخذ فى اعتباره النقاط التالية:

أ- عليه أن يستخدم أسلوب الممارسة العامة تلك التى لا تهتم بممارسة طريقة بعينها فى المؤسسة التى يعمل بها، لكنها تهتم بالموقف نفسه الذى يتعامل معه، وبالمشكلات الاجتماعية والحاجات الإنسانية للأنساق المختلفة التى يعمل معها (المعاق والوالدان والأسرة، وجماعة المعاقين، ومجتمع المعاقين بالمؤسسة، والمجتمع المحلى، والمجتمع القومى)، وعليه تطبيق اختصاصات ومسئوليات الممارسة العامة فى العمل مع المعاقين كما يلى:

- التعرف على المواقف التى يمر بها المعاق أو جماعة المعاقين أو مجتمع المعاقين بالمؤسسة التى يعمل بها وتقدير هذه المواقف والمشكلات التى يتعرضون لها وتحليلها، وهنا يستخدم مهاراته فى الملاحظة والاتصال وجمع المعلومات.
- العمل على تنمية جوانب القوة فى قدرات المعاق أو المعاقين الذين يتعامل معهم فى عملية حل المشكلة حتى يمكنهم التغلب على مشكلاتهم.
- المعرفة الشاملة بمؤسسات المجتمع وخدماتها وتوجيه المعاقين وأسرهم للاستفادة منها.
- العمل على منح القوة للمعاقين بإتاحة الفرص أمامهم لاختيار أنسب الحلول لمشكلاتهم.
- المساهمة فى تغيير السياسات الاجتماعية بما يلائم توفير الموارد والخدمات للمعاقين.
- العمل على إيجاد موارد وخدمات جديدة تزود تلك الفئات بفرص أكثر تحقيقاً للعدالة الاجتماعية.
- تقويمه الذاتى لنموه المهنى باستمرار من خلال تقدير سلوكه المهنى ومهاراته.

ب- لابد أن يتبنى الأخصائى الاجتماعى اتجاهاً موجباً فى العمل مع المعاقين وتكوين هذا الاتجاه الإيجابى يتحقق من خلال إعداده المهنى والدورات التدريبية أثناء العمل، فضلاً عن تعاونه وتكامله مع فريق العمل المهنى فى مجال رعاية المعاقين.

جـ- عليه أن يتعامل مع المعاق فى ضوء قدراته المتبقية وليس على أساس ما فقده بمعنى عدم التركيز على نواحى العجز وإهمال نواحى القوة.

د- مراعاة الفرووق الفردية بين المعاقين، فبالرغم من أن هناك صفات وخصائص مشتركة بين المعاقين إلا أن لكل معاق فرديته التى لابد من إحترامها ومراعاتها.

هـ- عليه أن يلتزم بأخلاقيات ومبادئ المهنة والموضوعية والصبر والاهتمام بالمعاقين دون التحيز والمغالاة فى إظهار العطف والشفقة حتى لا يفقد قدرته المهنية.

و- عليه إجادة أسلوب الاتصال بفئات الإعاقة التى يعمل معها حتى يمكنه مساعدتها وتكوين علاقة مهنية هادفة معهم.

ز- الاهتمام بالبيئة المحيطة بالمعاق (الأسرة، الأصدقاء، المؤسسة.. إلخ) والتعامل معهم بما يحقق المناخ الملائم لتقديم رعاية للمعاق وتتحقق الاستفادة مما يقدم له من خدمات.

ح- ضرورة توضيح دوره المهنى لفريق العمل المهنى الذى يعمل معه فى رعاية وتأهيل المعاق مع فهم أدوارهم المهنية والتنسيق والتعاون بينهم بما يحقق تكامل الخدمات وتقدمها بفاعلية وتحسين مستواها باستمرار.

ط- عليه أن يلم بأحدث الاتجاهات فى مجال رعاية المعاقين ومختلف المداخل والنماذج التى يمكنهم استخدامها فى المجال.

٣- أدوار الأخصائى الاجتماعى فى عمله مع المعاقين:

سوف نقوم بتوضيح هذه الأدوار من خلال عرض لـ:

أ- دوره مع المعاق.

ب- دوره مع الوالداين وأسرة المعاق.

جـ- دوره مع جماعات المعاقين.

د- دوره مع مجتمع المعاقين بالمؤسسة.

هـ- دوره مع فريق العمل المهنى بالمؤسسة.

و- دوره مع المؤسسة.

ز- دوره مع المجتمع.

أ- دور الأخصائى الاجتماعى مع المعاق:

- التعرف على الحالات وتحويلها إلى المؤسسات المتخصصة فى رعاية المعاق (تأهيل مهنى، ومدرسى... إلخ).
- إجراء البحث الاجتماعى الشامل لحالة المعاق وذلك بدراسة الحالة دراسة شاملة وافية تشمل التاريخ الاجتماعى، وحاضره وماضيه وتطلعاته للمستقبل وبيئته الاجتماعية؛ ليكون هذا البحث أساساً للمشاركة فى وضع خطة إعداد وعلاج وتأهيل المعاق مع فريق العمل المهنى بالمؤسسة.
- تقديم الخدمات الفردية للمعاق للحالات التى تحتاج إلى مثل هذه المساعدة مثل (تعديل بعض الاتجاهات والميول العدوانية، أو الانطوائية، ومحاولة التخفيف من حدة الضغوط النفسية والبيئية التى يعانى منها المعاق)، واستخدام مختلف الأساليب العلاجية لتحقيق ذلك.
- استخدام العلاج المعرفى لزيادة وعى المعاق بالإعاقة وأسبابها ومشكلاته الذاتية والبيئية، ومساعدته على تقبل الإعاقة.
- مساعدة المعاق صغير السن على مواصلة تعليمه من خلال المشاركة فى التوجيه والمتابعة المستمرة للمعاق خلال مراحله التعليمية وتأهيله أو بعد تشغيله وتأهيله اجتماعياً، للتعرف على ما يواجهه من صعوبات ومشكلات خلال ذلك ومساعدته على حلها، وتحقيق مزيد من التوافق الشخصى والاجتماعى والمهنى.

- مساعدة المعاق كبير السن فى عملية التوجيه والتدريب والتأهيل المهنى، وإزالة المعوقات التى تحول دون استفادته منها ومساعدته فى الحصول على عمل يتناسب وظروفه ومتابعته أثناء العمل ومساعدته على مواجهة ما يعترضه من مشكلات وإزالة المعوقات التى تقف فى سبيل نجاحه واستقراره واستمراره فيه.
- مساعدته فى الحصول على الأجهزة التعويضية اللازمة وفى الحصول على مختلف الخدمات (الطبية، والنفسية، . . . إلى آخر الخدمات التى يحتاج إليها).
- تبصير المعاق بحقوقه وواجباته وكيفية الحصول على حقوقه والقيام بواجباته.
- مساعدته على الاستفادة من الخدمات بالمؤسسات الأخرى فى المجتمع وتوجيهه إليها ومساعدته فى الحصول على خدماتها.

ب- دوره الاخصائى الاجتماعى مع الوالدين وأسرة المعاق:

- التعرف على الواقع الاجتماعى لأسرة المعاق وردود أفعال الأسرة إزاء حالة المعاق.
- المشاركة فى عملية الإرشاد الأسرى على تقبل المعاق وإعاقته، والعمل على التخفيف من حدة المشاعر السلبية لديهم وتعديل اتجاهاتهم نحوه؛ لما للأسرة من دور هام فى تحقيق التوافق النفسى والاجتماعى للمعاق.
- تزويد الوالدين وباقى أفراد الأسرة بالمعلومات عن الإعاقة وأسبابها وكيفية التعامل مع المعاق ومشكلاته واحتياجاته، وتجنب تكرار الإعاقة لأى من أفراد الأسرة مستقبلاً، وحماية المعاق من المخاطر ومن الإعاقة الأخرى.
- توجيه الأسرة للمؤسسات ومصادر الخدمات المجتمعية الأخرى الحكومية والأهلية، وكيفية الحصول عليها فى حالة احتياجها لذلك ومساعدتها فى الحصول على خدماتها.
- توثيق الصلة والروابط بين أسرة الطفل المعاق والمدرسة أو المؤسسة التى تقوم على رعايته، وأعضاء فريق العمل المهنى عن طريق تنظيم زيارات ولقاءات دورية يتاح فيها تبادل الآراء والمعلومات، وطرح المشكلات مع التأكيد على دور الأسرة فى مواجهتها وفى متابعة الخطط والبرامج وتقييمها.

- إتاحة الفرصة لآباء وأمهات المعاقين للتقابل والتشاور معاً فى إعاقات أبنائهم وتبادل الخبرات، والتفريغ الوجدانى عن المشاعر مما يعمل على تقبلهم لإعاقة أبنائهم وتزويد خبراتهم فى التعامل معهم.
- مساعدة الأسر التى تريد رعاية المعاق فى الأسرة (فى بيئته) بتزويدها بمختلف المعارف والمهارات اللازمة لرعايته ومتابعتها والقيام بالزيارات التتبعية لها وإمدادها بكل جديد فى رعاية وتأهيل المعاق.
- تنمية قدرات أفراد الأسرة على تحمل المسئولية ومواجهة ما يعترضها من مشكلات.
- تقوية الوازع الدينى لدى الأسرة مما يجعلها أكثر تقبلاً ورضا للواقع والتعامل معه بدرجة أفضل.

جـ- دور الأخصائى الاجتماعى مع جماعات المعاقين:

- التخطيط للنشاطات والبرامج الترويحية الجماعية المؤسسية كالزيارات والرحلات والمعسكرات والمسابقات... إلخ والمشاركة فى تنفيذها.
- ممارسة الأنشطة المتنوعة المحببة للمعاق والتى عن طريقها يمكن:
  - تدريب الحواس وتنمية القدرات المتبقية لدى المعاق.
  - إتاحة الفرصة للتعبير الذاتى.
  - إتاحة الفرصة لتكوين علاقات اجتماعية طيبة مع غيره من المعاقين.
  - التزويد بالخبرات الحياتية اللازمة للمعاق.
  - غرس العادات السليمة وعلاج غير المرغوب فيها.
  - تكوين صفات المواطنة الصالحة (تحمل المسئولية، القدرة على القيادة والتبعية... إلخ).
- خلق فرص الاحتكاك بين جماعات المعاقين والعاديين فى ألوان النشاط المختلفة، مما يساعدهم فى التغلب على مشكلاتهم، والتخلص من غزلتهم والاندماج مع أفراد المجتمع من غير المعاقين.

- اكتشاف المواهب والقدرات الخاصة لدى المعاقين، والعمل على إتاحة الفرص لتنميتها من خلال المتخصصين فيها.
- إتاحة الفرص لتنمية علاقات جماعات المعاقين مع الأخصائى الاجتماعى وغيره من فريق العمل المهنى والمسئولين بالمؤسسة.
- تكوين جماعات العمل الجماعى أو جماعات المهام فى العمل مع المعاقين والعمل معها فى المؤسسة والمجتمع المحلى المحيط بالمؤسسة بغرض إنجاز بعض الأعمال التى تستهدف تنمية اتجاهاتهم والمشاركة فى تنمية المجتمع المحلى فى حدود قدراتهم وإمكانياتهم.

د- دور الأخصائى الاجتماعى مع مجتمع المعاقين بالمؤسسة:

- القيام بالدراسات والبحوث العلمية للتعرف على احتياجات ومشكلات مجتمع المعاقين بالمؤسسة، وعلى آرائهم فيما يقدم لهم من خدمات.
- الإستفادة من قدرات وإمكانيات مجتمع المعاقين بالمؤسسة فى مواجهة المشكلات البيئية بالمؤسسة والمجتمع المحيط بها.
- تنظيم مجتمع المعاقين للمطالبة بحقوقهم وذلك من خلال التأثير على الأجهزة الحكومية لتعديل نظمها وتطوير الهيئات الأهلية ومساعدتها على القيام بدورها.
- الدفاع عن حقوق المعاقين وخاصة الذين يساء معاملتهم من الغير، وإثارة اهتمام الرأى العام بقضاياهم ومشكلاتهم على مستوى المجتمع، واستنفار الجهود التطوعية والشعبية للمشاركة فى رعايتهم وتشغيلهم وتأمين حقوقهم.
- المساهمة فى توضيح وتوصيل رؤية مجتمع المعاقين بالمؤسسة فيما يقدم لهم من خدمات من خلالها ومن باقى مؤسسات الخدمات فى المجتمع، واقتراحاتهم إزاءها، للمسئولين عن تخطيط ووضع سياسة رعاية وتأهيل المعاقين.
- الاتصال بمنظمات المجتمع للمشاركة فى الاحتفال بالمناسبات المختلفة مع مجتمع المعاقين بالمؤسسة.

هـ- دور الأخصائى الاجتماعى مع فريق العمل المهنى بالمؤسسة:

- إمداد فريق العمل المهنى بالمعلومات الدقيقة اللازمة عن الحالات.
- تنظيم الاجتماعات الدورية بين أعضاء الفريق لمناقشة مشكلات وأساليب العمل.
- مواجهة المشكلات التى قد تحدث بين أعضاء الفريق.
- دراسة المجتمع المحلى لتحديد مصادر الخدمات التى يمكن للمؤسسة الاستفادة منها.
- فهم أدوار التخصصات الاخرى والعمل على التنسيق بينها.
- تحقيق التعاون بينه وبين التخصصات الأخرى.
- إحداث التفاعلات الإيجابية بين فريق العمل المهنى.
- التخطيط لعمله وتوصيف الدور الخاص به مع فريق العمل المهنى.

و- دور الأخصائى الاجتماعى مع المؤسسة:

- المساهمة فى تطوير المؤسسة ذاتها كى تتمكن من التعامل بفاعلية متزايدة مع المعاقين المستفيدين من خدماتها. والعمل مع مجتمع المنظمة يتناول بالتحليل والتقييم العمليات التى تؤديها المؤسسة للمستفيدين ثم تحديد العوامل التى تؤثر سلباً عليها لتعديلها والتقليل من تأثرها، وتنظيم العوامل ذات التأثير الإيجابى التى تفيد مجتمع المعاقين المستفيدين من خدمات المؤسسة.
- دراسة الصعوبات التى تواجه العمل المهنى بالمؤسسة والعمل على حلها.
- التعرف على آراء المعاقين المستفيدين فيما يقدم لهم من خدمات (عملية محاسبية اجتماعية).
- المساهمة فى وضع علاقة متوازنة مع الجهاز الإدارى والجهاز المهنى بالمؤسسة كى لا تسيطر القرارات الإدارية على العمل المهنى، ولضمان تأثر القرارات بآراء فريق العمل المهنى فى الموسسة.

- ضمان تأثر سياسة المؤسسة بآراء المهنيين ونتائج عملية المحاسبية الاجتماعية.

- العمل بين مختلف أقسام المؤسسة لتحسين العلاقات والارتقاء بالتنسيق فيما بينها وحل أى نوع من الاختلاف أو النزاع الحاد بين الأقسام.

- دراسة احتياجات أفراد مجتمع المنظمة حتى تعمل المنظمة على المساعدة فى إشباعها ويعتبر ذلك مهمة أساسية للأخصائى الاجتماعى.

- التأثير على عملية اتخاذ القرارات بالمنظمة لصالح الأعضاء المكونين لها والمنتفعين من خدماتها، للارتقاء بمستوى العمل المهنى بها.

- الاستفادة من الموارد والإمكانات والتسهيلات المجتمعية المتاحة فى البيئة المحلية لتحسين الخدمات المؤسسية وتطويرها وزيادة كفاءتها.

- التعاون مع باقى الأخصائيين فى فريق العمل المهنى بالمؤسسة لصالح المعاقين بالمؤسسة ولتحقيق أهداف المؤسسة.

- المساهمة فى تدريب العاملين بالمؤسسة على كيفية التعامل مع المعاقين بها.

ز- دور الأخصائى الاجتماعى مع المجتمع:

- المساهمة فى وضع الخطط العامة لرعاية وتأهيل المعاقين.

- تغيير وتعديل نظرة بعض أفراد المجتمع السلبية تجاه المعاقين، وتوعيتهم بكيفية التعامل مع المعاقين، ودور المعاقين فى تنمية المجتمع.

- حث أصحاب الأعمال واستثارتهم للإقبال على تشغيل المعاقين، وتوفير الوسائل اللازمة للحفاظ على سلامتهم.

- الدعوة إلى إصدار مزيد من التشريعات التى تهدف إلى رعاية وتأهيل المعاقين وتسهيل الحياة لهم.

- الدعوة إلى تنفيذ الهندسة التأهيلية لمساكن ومؤسسات رعاية وتأهيل المعاقين ولأماكن عملهم.

- العمل على توفير المزيد من المصانع المحمية التى تكفل الأمان والحماية للمعاقين فى عملهم.

- القيام بالدراسات والبحوث للتعرف على حجم مشكلات المعاقين، وحصر الموارد المختلفة التي تساهم في مواجهة هذه المشكلات.
- الدعوة إلى إنشاء المزيد من مؤسسات الخدمات التي تكفل الرعاية والتأهيل المتكامل للمعاقين.
- توعية المجتمع وتبصيره بالإعاقة وأسبابها وكيفية مواجهتها، وتبصيره بالكشف المبكر في حالة الإصابة بها.
- توعية الراغبين في الزواج بالكشف الشامل للتعرف على الأمراض وخاصة الوراثية منها وأمراض الدم والتي قد يكون لها دور في الإعاقة والعمل على مواجهتها أو الاحتياط والأخذ بالرأي الطبي فيها.
- المشاركة في عقد وتنظيم المؤتمرات والندوات والمناقشات لبحث قضايا المعاقين وكيفية مواجهتها.
- الدعوة إلى توفير وسائل الوقاية من الإعاقة وخاصة بالنسبة للفئات الأكثر تعرضاً للإعاقة مثل العمال والمرضى بالأمراض المزمنة والحوامل وحديثي الزواج من الأقارب... إلخ.
- حث أفراد المجتمع القادرين وتشجيعهم على تشكيل جمعيات صداقة ونوادي خاصة بالمعاقين والانضمام إليها لمساعدة المعاقين على الاندماج مع أفراد المجتمع العاديين والحصول على الخبرات اللازمة في التعامل معهم والتخفيف من بعض الاضطرابات النفسية الناتجة عن عزلهم عن المجتمع.

الفصل العاشر

التسجيل فى مؤسسات رعاية المعاقين

أولاً: تعريف التسجيل وأهميته وأهدافه

ثانياً: أنواع التسجيل

ثالثاً: شروط التسجيل الجيد

رابعاً: وسائل التسجيل وأساليبه وبعض الأخطاء الشائعة فى التسجيل الكتابى

خامساً: تسجيل الحالات الفردية

سادساً: نماذج التسجيلات الخاصة بالمعاق بمؤسسات رعاية المعاقين

سابعاً: أنواع التقارير المختلفة لجماعات المعاقين والتى يمكن كتابتها فى مؤسسات رعايتهم.

مقدمة:

يعتبر التسجيل فى مؤسسات رعاية المعاقين جزءاً هاماً من مسئوليات الأخصائى الاجتماعى، الذى يجب أن يتدرب عليه ويتقنه، حتى يستطيع أن يقوم بمسؤليات وظيفته المهنية التى من أجلها يعمل فى المؤسسة.

أولاً: تعريف التسجيل وأهميته وأغراضه

التسجيل هو «تدوين المعلومات والحقائق اللفظية والرقمية بوسائل متعددة لحفظ المادة التى تحملها هذه المعلومات والحقائق».

ويعرف التسجيل بأنه «إثبات الحقائق والمعلومات بطريقة لفظية أو رقمية بشكل أساسى على الأمانة العلمية والمهنية».

وهو يعنى «مهارة أساسية بالنسبة للأخصائى الاجتماعى لا يمكن الاستغناء عنها ويتم إكسابها له من خلال المعارف النظرية والتدريب الميدانى لتحقيق أهداف تتعلق بالجوانب الفنية والتعليمية والإدارية فى صياغة مناسبة لحفظها من الاندثار أو تعرض الحقائق للنسيان». وترجع أهمية التسجيل فى أنه يستخدم لمساعدة المؤسسة على تأدية وظائفها التى أنشئت من أجلها على أحسن وجه ممكن وتوصيل خدماتها لعملائها.

أهداف التسجيل:

- تنظيم العمل مع العميل بأنساقه المختلفة.
- حفظ المعلومات عن المشكلة والأنساق المرتبطة بها من النسيان.
- تحرير الطاقة الذهنية للأخصائى الاجتماعى.
- التعرف على تطور العلاقة المهنية للأخصائى الاجتماعى مع أنساق التعامل المختلفة.
- تقدير كفاءة ومهارة الأخصائى الاجتماعى.
- مساعدة الأخصائى على النقد الذاتى والنمو المهنى.
- تحويل الحالات إلى أخصائى آخر فى نفس المؤسسة أو مؤسسة أخرى.

- تسهيل نقل الأخصائيين الاجتماعيين.
- تقسيم العمل بين الأخصائيين الاجتماعيين.
- تأمين موقف الأخصائى والمؤسسة.
- تدريب طلاب الخدمة الاجتماعية.
- تسهيل القيام بالدراسات والبحوث عن المؤسسة وخدماتها وعملائها.. إلخ.
- عرض خدمات المؤسسة وتطورها والمعوقات التى تواجهها.

ومن أهم أغراض التسجيل للمعاقين كأفراد وكجماعات:

١- دراسة المعاق كفرد فى جماعة المعاقين.

يساعد التسجيل الأخصائى الاجتماعى على دراسة وفهم المعاق وسلوكه فى الجماعة، وتتبع عملية النمو والتغيير اللتين تطرآن على كل عضو من أعضاء الجماعة، واكتشاف حاجات ورغبات الأعضاء المتغيرة، ومدى إشباعها، وكذلك اتجاهاتهم الاجتماعية ونمو مهاراتهم، كما يساعده على معرفة المشكلات التى قد تقف عقبة أمام الأفراد وعدم الاستفادة من الخبرات الجماعية، وكذلك المشكلات التى يعانيها الأفراد فى علاقاتهم المختلفة وتطور هذه العلاقات وأنماطها داخل الجماعة.

٢- دراسة المعاقين كجماعة:

يساعد التسجيل الأخصائى الاجتماعى على دراسة المعاقين كجماعة وكوحدة قائمة بذاتها والوقوف على نوع العلاقة التى كونها معها، والمشكلات التى تواجهها الجماعة، ودرجة نموها وتماسكها، وكذلك معرفة ما طرأ على أعضاء الجماعة من تغييرات ومدى تقبل الجماعة لأعضائها، كما يمكن معرفة مكانة الجماعة فى المؤسسة وعلاقتها بالجماعات الأخرى بالمؤسسة والمجتمع المحلى.

٣- تدريب أخصائى الجماعة وقياس نموه:

يعطى التسجيل الفرصة للأخصائى لنقد ذاته وتصرفاته المهنية من خلال استعادة ما حدث فى اجتماع الجماعة والتفكير والتحليل، وتقويم المواقف

الاجتماعيـة المختلفة التى حدثت فى أثناء الاجتماع، كما أنه يزيد من فـهمه لنفسه وعلاقاته بالأعضاء بهدف تحسين طريقتـه وأسلوبه وعلاقاته بأعضاء الجماعة ورسم الخطط التى يجب عليه أن يتخذها حيالهم فى الاجتماعات المقبلة.

كذلك يـعطى التسجـيل الفرصـة للموجـه - إذا توفر التـوجيـه والإشراف اللازم- لمراجعـة التقـارير والكشف عن مدى التقـدم الذى يحرزه الأخـصائى فى عمله مما يساعد عـلى أداء وظيفته فى المؤسسة على أحسن وجـه ممكن، مما يساعد على تنظيم وتنسيق البرامج العامة للمؤسسة.

٤- تقويم خدمات المؤسسة وسياستها:

يساعد التسجـيل المؤسسة أيضاً على تقويم سياستها وتغـييرها أو تعديلها إذا لزم الأمر أو البـقاء عليـها، وهذا يساعـدها على أداء وظيفتـها على أحـسن وجه ممكن. وقد يتـضمن ذلك قواعد اخـتيار الموظفين، ومـؤهلاتهم وبرامج تدريبهم، والإشـراف عليـهم، أو اسـتـخـدام المعـدات والمهـام، والملاعب والمبـانى وطرق صيانتها.. إلخ.

٥- تقويم برامج جماعات المعاقين:

يساعد التسجيل والتقـارير التى تسجل عن الجماعة فى تقويم البرنامج؛ لأنه يعكس لنا الحاجـات والرغبات المتغيـرة والتى يعبر عنها المعـاقون أعضاء الجـماعة صراحـة أو ضمناً، واستجـابة الأعضاء لمحـتوياته، والأسلوب الذى استـخدم فى وضعه وتصميمه وتنفيذه... إلخ.

٦- شرح وظيفه المؤسسة:

يساعد التسجيل الجهاز الإدارى بمؤسسـات رعاية المعاقين على شرح وظيفتها وما تقـوم به من خدمـات للمجـتمع المحلى ولأهالى وأسـر المعاقـين. فالتـقارير الإحصائية مثـلاً تساعد المؤسسة على إعطاء فكرة عامة للمجتـمع عن مدى نجاحها فيما تقوم به من أعمـال، ومدى ما حققته من أهدافها وأغراضـها وحجم المنتفعين بخدماتها. كما أن التقارير القصصية والتحليلية تساعد المؤسسة فى شرح المستويات المختلفة للخدمات التى تقدم لعملائها.

٧- مساعدة الحالات الفردية:

تساعد التقارير على معرفة أعضاء الجماعة الذين يحتاجون إلى خدمات فردية والتعامل معهم على أساس فردى وقد لا تستطيع المؤسسة بإمكاناتها تقديمها لهم عندئذ يتم تحويلها إلى المؤسسات الأخرى بالمجتمع التى تقدم الخدمات التى يحتاجها مثل هؤلاء الأعضاء.

٨- المساعدة فى عمل البحوث:

تعمل السجلات والتقارير على مساعدة الأخصائى الاجتماعى على معرفة مقومات العمل مع الجماعات والتى تشمل المؤسسة والأخصائى الاجتماعى، والجماعة وأعضائها، والبرامج التى تهم المؤسسة وتساعدها على أداء وظيفتها وتحسين خدماتها. كذلك تساعد على اختبار المبادئ والنظريات والمداخل النظرية فى الممارسة مما يساعد على تقدم وتحسين العمل.

ثانياً: أنواع التسجيل

١- التسجيل القصصى:

وهو أسلوب يستعرض كل تفصيلات العمل المهنى الذى تم بين الأخصائى الاجتماعى والعمل المهنى ويصف الحوار اللفظى ويعيش الجو النفسى ويكشف عملية التفاعل العاطفى والفكرى الذى تم بين الأخصائى وأنساق العمل المهنى فى صورة دينامية معينة تعرض للحوادث بتسلسل وقوعها الزمنى.

٢- التسجيل التلخيصى:

هو أسلوب موجز يلخص المادة ويعرضها بشكل دقيق ومركّز دون التعقيد بحرفية المقابلة أو تسلسلها الزمنى، ويستخدم هذا الأسلوب فى حالات متعددة أهمها:

- لعمل ملخص للمقابلة أو الزيارة.
- لعمل ملحض دورى عن الحالة.
- عند كتابة الملخص الختامى لغلق العمل مع الحالة.
- عند تحويل الحالة إلى مؤسسات أخرى.

٣- التسجيل الموضوعى:

وهو أسلوب مقيد برؤوس الموضوعات المحددة مسبقاً، ويوجد فى الصور التالية:

- الاستمارات المتنوعة أو الكروت أو البطاقات.
- المقاييس العلمية الاجتماعية والنفسية المختلفة التى توضح سمات شخصية المعاق فى جوانبها المختلفة.
- الجداول والبيانات الإحصائية.

ثالثاً: شروط التسجيل الجيد

- ينبغى أن يكون التسجيل مفسراً للمشكلة والمواقف بما فيه من عوامل مختلفة، ويدخل فى ذلك شخصية العميل نفسه.
- سلاسة الأسلوب وبساطته وخلوه من التقصير وعدم استخدام المترادفات والمحسنات اللغوية.
- يجب أن يخلو التسجيل من الحشو ويدخل فى الموضوع مباشرة.
- يجب أن تكون لغة التسجيل هى اللغة العربية الواضحة والابتعاد عن اللهجة العامية.
- أن يتم التسجيل بالدقة والأمانة الواجبة.
- يجب ألا يخلط الأخصائى بين الحقائق الموضوعية وآرائه الشخصية.
- يجب أن يوضح التفاعل الرأسى والأفقى للعوامل والأسباب المؤدية لحدوث المشكلة.
- يجب أن يوضح جهود الأخصائى الاجتماعى التى قام بها وكيفية القيام بها.
- يجب عدم إغفال وصف صفات وخصائص أنساق العمل المهنى.
- يجب أن يخضع التسجيل لفلسفة المؤسسة وطبيعة الخدمات التى تقدمها.
- من الأفضل أن يصاغ التسجيل بأن يأخذ الأخصائى صفة المتكلم والعميل صفة الغائب.

رابعاً: وسائل التسجيل وأساليبه

التسجيل الصوتي:

يستخدم الأخصائي هذا النوع من التسجيل، لحفظ المعلومات والبيانات الشاملة والدقيقة عن اجتماعات الجماعة بصورة حية، من خلال أشرطة التسجيل، وليس من الضروري أن يعتمد على التسجيل الصوتي في كل الاجتماعات وإنما يمكنه استخدام ذلك لتسجيل محاضرات، أو ندوات أو اجتماعات هامة.. إلخ.

وعلى الرغم من أهمية هذا الأسلوب في حفظ المعلومات أو في عملية تدريب أعضاء الجماعة على بعض المهارات الاجتماعية مثل مهارات الاتصال والتي يستخدم فيها إعادة بعض التعبيرات اللفظية لتوجيه الأعضاء إلى كيفية التحدث الجيد... إلخ إلا أن هناك بعض العيوب لهذه الطريقة منها أنها تؤثر على الجو الطبيعي للاجتماع أو المناقشة لإحساس الأعضاء بأن أحاديثهم تسجل، بالإضافة إلى أنها لا تصلح في كل المواقف؛ فهناك ملاحظات وردود أفعال لا يمكن تسجيلها صوتياً.

التسجيل عن طريق الأجهزة السمعية البصرية (جهاز الفيديو):

ويستخدم الأخصائي هذه الوسيلة لتسجيل حلقة مناقشة أو معسكر لخدمة البيئة تقوم الجماعة بإدارته، أو مشروعاً مجتمعيا، أو احتفالات. ويتم ذلك من خلال كاميرا مخصصة لذلك ويستخدم جهاز الفيديو أيضاً في تدريب الأعضاء على مهارات معينة تتطلب استرجاع مشاهد معينة بغرض تحليلها والاستفادة من مناقشتها مثل استرجاع السلوك الخاطئ لبعض الأعضاء، المناقشات، التعرف على التفاعلات والعلاقات كما هي، وتعليم الأعضاء خبرات ومهارات جديدة. وعلى الرغم من أهمية هذه الوسيلة إلا أنها تؤثر على التفاعلات الطبيعية للأفراد، كما أنها مكلفة وبالتالي قد لا تتوافر بشكل مستمر.

التسجيل باستخدام الرسوم والأشكال البيانية:

وتعتبر من الوسائل الهامة التي يمكن الاعتماد عليها في تسجيل البيانات عن أنساق التعامل والبرامج والمؤسسة والمجتمع، وتستخدم الرسوم البيانية بأشكالها المتنوعة لتعطي صورة واضحة عن جوانب متعددة في أنساق التعامل.

ويمكن للأخصائى أن يستخدم الأعمدة، والدوائر، والمنحنيات... ألخ لعرض حقائق ومعلومات عن الأنساق المختلفة سواء لتتبع جوانب معينة أو لعرض المنجزات المرتبطة بأعمال الأنساق المختلفة.

التسجيل باستخدام المقاييس الاجتماعية:

تعتبر المقاييس السوسيومترية من أهم المقاييس التى استخدمت على نطاق واسع لمعرفة التفاعل الشخصى داخل الأسرة أو الجماعة وكذلك للتعرف على درجة التماسك أو التفكك، وكذلك لمعرفة اتجاهات الأنساق نحو البرامج والأنشطة والمقياس السوسيومترى يجعل الأخصائى قادراً على معرفة درجات التقبل والنبذ بين أعضاء الأسرة أو الجماعة؛ ولذا يمكنه دراسة الديناميكية.

وفى نهاية عرضنا لوسائل التسجيل وأساليبه يمكننا القول أنه على الأخصائى الاجتماعى أن يستخدم هذه الوسائل حسب الغرض من عملية التسجيل، وعليه ألا يعتمد على وسيلة واحدة فقط؛ ذلك لأن هذه الوسائل تكمل بعضها بعضا.

بعض الأخطاء الشائعة فى التسجيل الكتابى:

هناك عدة أخطاء يقع فيها الأخصائى أثناء عملية التسجيل الكتابى نوجز بعضها فيما يلى:

١-اعتماد الأخصائى على الأسلوب الإنشائى عديم الفائدة فى التسجيل، فهذا الأسلوب غير مفيد لأخصائى الجماعة لأنه لا يرتكز على الجوانب المهنية التى تحدث فى الجماعة.

٢- عدم التسلسل فى ذكر الأحداث والوقائع التى حدثت أثناء الاجتماع فهذا الخطأ يجعل المواقف غير محددة، وعدم التسلسل يفقد التسجيل إيجابيته فى الفهم الكامل لكل ما يدور.

٣- عدم ذكر الأفعال مقترنة بأسماء فاعليها، فذلك يجعل الأخصائى غير مدرك للمهام والأعضاء الذين يساهمون فى إنجاز هذه المهام، وبالتالى لا نستطيع معرفة الأعضاء الذين يتحملون المسئولية أو الذين يتفاعلون مع باقى الأعضاء.

٤- عدم الالتـزام بالأجزاء الخاصة بكل تقـرير، فإن عدم التزام الأخـصائى بمحتويات كل جزء يجعل التقرير يسجل بطريقة عشوائية وغير مخططة.

٥- اعتـماد الأخـصائى الجـماعة عـلى أسلوب واحد للتـسجيل، لا يـتيح الفرصة لفهم الأنساق ودراسـة المواقف التى تحدث، ويقلل الفرصة من الاستفادة من الأنواع الأخرى للتسـجيل التى تتيح بيانات وحقائق ذات طبيعة خاصة.

٦- نظرة الأخـصائى للتـسجـيل على أنه شئ روتينى، فـهذه النظرة تجـعل الأخـصائى لا يهـتم بالتـسجـيل، ولا يدقق فى البـيانات والمعلومـات المدونة، ولا يستطيع تحليل التقارير بطريقة علمية.

خامساً: تسجيل الحالات للمعاق وأسرته

نظراً لأن لكل حالة فـرديتها فإنهـا تسجل على حدة فى ملف خـاص بها، ويحتوى كل ملف على مايلى:

- غلاف خارجى يتسم بالسـرية وقد تبرز فيه بطاقة صغيـرة تحمل اسم العميل وعنوانه والقسم التابع له، ورموز ودلالات مهنية.
- صحيفة الوجه وتسجل بها كافة البيانات الأولية والهامة عن المعاق ومشكلته.
- استمارة البحث الاجتماعى متضمنة أهم بنود التاريخ الاجتماعى.
- المقابلات المختلفة التى أجريت مع المعاق وأسرته.
- ملفات الزيارات المتنوعة لبيئة العمل.
- ملخص عن المكاتبات والمراسلات والاتصالات التى تمت.
- بيان بالخدمات الدورية والختامية التى قدمت من المؤسسة.
- الطلب المقدم من المعاق وأسرته للمؤسسة لطلب الخدمة إن وجد.
- التقارير المختلفة ونتائج الاختبارات والفحوص الطبية والفنية.
- تقرير مختصر عن عملية الدراسة لجوانب المشكلة.
- صورة خطة العلاج وأهدافها وأساليبها وملخصات متابعة الحالة.

سادساً: نماذج التسجيلات (الاستمارات) الخاصة بالمعاق بمؤسسات رعاية المعاقين

- استمارة بحث الحالة للمعاق.
- استمارة الجوانب السلوكية والاجتماعية للمعاق.
- استمارة الحالة الصحية للمعاق.
- استمارة الحالة العامة للمعاق (شهريا).

سابعاً: أنواع التقارير المختلفة لجماعات المعاقين والتى يمكن كتابتها فى مؤسسات رعايتهم

هناك أنواع مختلفة من التقارير التى يقوم بكتابتها الأخصائى الاجتماعى لجماعات المعاقين فى المناسبات الخاصة وحسب الغرض المطلوب من كتابتها، ومن هذه التقارير: التقارير الإحصائية، والتقارير الفردية الخاصة بأعضاء الجماعة، وتقارير البرامج الخاصة والمناسبات، والتقارير الدورية لاجتماعات الجماعات، والتقارير التحليلية... إلخ. وفيما يلى بعض من هذه التقارير:

١- التقارير الإحصائية:

وهى ذلك النوع من التقارير الذى يعتمد فى عرض الحقائق والمعلومات على أساس الأرقام، أى عرض الجانب الكمى للموضوع المراد عرضه، فقد تتعلق بالجماعة أو أعضائها أو بالمؤسسة. فالتقارير الإحصائية الخاصة بالجماعة مثلاً تشمل عدد أعضاء الجماعة، وجنسهم وعمرهم، ونوع الإعاقة المشتركة بينهم ودرجة هذه الإعاقة، وعدد مرات اجتماع الجماعة الأسبوعية، وحضور وغياب الأعضاء وأنواع النشاط الذى يمارس. وغير ذلك من المعلومات التى يمكن عرضها بالأرقام.

والحقيقة أننا لا نكتفى بمثل هذه التقارير وحدها، بل نعتمد على الأنواع المختلفة الأخرى من التقارير وخاصة التقارير الدورية والتحليلية.

٢- التقارير الفردية الخاصة بالأعضاء:

ويتضمن هذا النوع من التقارير بعض المعلومات الإحصائية الخاصة بالفرد والتى تشمل الجنس، والعمر، ونوع الإعاقة، ونوع المدرسة، والوظيفة أو العمل،

والديانة والجنسية، وعمل الوالدين، والمستوى الاقتصادى. . . إلخ. وذلك بالإضافة إلى تقرير وصفى يشمل غالباً النقاط الآتية:

- وصف السمات الجسمية والانفعالية لعضو الجماعة.
- وصف عن تكيف عضو الجماعة بالنسبة للأعضاء الآخرين والجماعة.
- مهارات عضو الجماعة وميوله ومواطن قوته وضعفه بالنسبة لأوجه نشاط البرنامج.
- علاقة عضو الجماعة بالأخصائى والموظفين بالمؤسسة.
- تكيف عضو الجماعة فى الأسرة والمدرسة والعمل.
- الجماعات الأخرى التى ينتمى إليها عضو الجماعة، وكذلك أوجه النشاط الأخرى التى يشترك فيها.
- مدى تكيف عضو الجماعة لبرامج الجماعة، ومدى اشتراكه فى وضعها وتنفيذها فى حدود قدراته.
- مشكلات عضو الجماعة إن وجدت، ماذا يقترح الأخصائى عمله لمساعدته.

وتختلف سياسة كل مؤسسة عن الأخرى فى كتابة التقارير والبيانات والمعلومات التى يجب أن يتضمنها، فبعض المؤسسات تطلب من الأخصائى ملخصاً بسيطاً عن كل عضو يتضمن النقاط السابقة، ويكتب على صحيفة واحدة تسمى **«صحيفة الوجه» face sheet** وتوضع فى ملف خاص بالعضو فى حين أن بعض المؤسسات الأخرى تتطلب كتابة تقرير مفصل عن كل عضو، ومؤسسات أخرى لا تطلب كتابة أى من هذين النوعين من التقارير بكل الأعضاء بل تكتبه فقط للأعضاء الذين تدعو حالتهم إلى كتابة تقارير عنهم، وتكتب عادة على فترات تحددها المؤسسة وفقاً لسياستها.

ولهذه التقارير فائدتها فى تتبع نمو الأعضاء وتغيرهم ومساعدتهم، وكذلك عندما تدعو الحالة إلى تحويل أحد أعضاء الجماعة إلى التعامل كنسق فردى بالمؤسسة أو مساعدة الأخصائى الاجتماعى له كحالة فردية خاصة أن مؤسساتنا واتجاهاتنا الحديثة فى الخدمة الاجتماعية تميل إلى الممارسة العامة التكاملية التى يقوم

فيها الأخصائى الاجتماعى بالتعامل مع العملاء حسب الموقف وليس وفقاً لممارسة طريقة بعينها، وقد يستدعى الأمر تحويله إلى أية مؤسسة أخرى فى المجتمع يكون النسق فى حاجة إلى خدماتها.

٣- التقارير الدورية:

وهى التقارير التى تكتب بعد اجتماعات الأخصائى الاجتماعى مع الجماعة.. ويجب على الأخصائى أن يعرف كيف يختار محتويات التقرير وينظم موضوعاته، وكيف يسجل الحقائق ويحلل محتوياتها ويشرحها ويستغلها لوضع خططه مع الجماعة، ولا يوجد شكل تكوين خاص أو خط خاص للتقارير الدورية ولكن يمكن أن يتضمن التقرير الدورى الأجزاء الآتية:

أ- الجزء الإحصائى:

ويتضمن البيانات الإحصائية، كعدد أعضاء الجماعة، وعدد الأعضاء الغائبين وأسمائهم، وعدد مرات غيابهم وسبب غيابهم، وعدد الأعضاء الجدد والزائرين إن وجدوا... إلخ، وكذلك الأسباب أو العوامل التى تؤثر فى الغياب كالأعياد أو الطقس.. إلخ. ويسبق الجزء الإحصائى بعض المعلومات التى يمكن التعرف بها على الجماعة كاسم المؤسسة، واسم الجماعة، واسم الأخصائى، العمر الزمنى للأعضاء، ونوع الإعاقة، ومكان الاجتماع، وتاريخه ومدته.

ب- الجزء القصصى:

وفيه يتم تسجيل ما يحدث فى الاجتماع حسب التسلسل الزمنى أثناء الاجتماع بأسلوب أو قالب قصصى، ويتضمن ذلك العلاقات والتفاعلات وكل ما يحدث فى الجماعة ودور الأخصائى الاجتماعى فى المواقف المختلفة التى يتعرض لها الأعضاء والجماعة، وعلى ذلك يمكن أن يقسم هذا الجزء إلى ثلاثة أجزاء أخرى وهى:

- **الجزء الفردى:** ويسجل فيه من حضر أولاً قبل الاجتماع، ومن حضر بعد الاجتماع، ومن حضر مع غيره من الأعضاء، والحديث أو المناقشة التى تدور بين الأعضاء وبينهم وبين الأخصائى وعلاقاتهم مع بعضهم البعض... إلخ، كذلك

يسجل فى الجزء نفسه الطريقة التى بدئ بها الاجتماع، ومن الذى بدأه، وكذلك ما يقوله أو يقترحه الأعضاء أو يفعلونه بصفة عامة ويتصل بالبرنامج بصفة خاصة مع ذكر أسمائهم، ونوع ومدى تفاعل الأعضاء مع بعضهم البعض واستجاباتهم لما يقال أو يقترح ونوع الانفعالات كما تظهر فى سلوك الأفراد تجاه الآخرين وتجاه الأخصائى. ويشمل هذا الجزء أكبر عدد ممكن من أعضاء الجماعة.

- **الجزء الجماعى**: ويتضمن هذا الجزء التعليق على ما تقوم به الجماعة من أوجه نشاط كوحدة، وليس المهم أن توصف محتويات البرنامج، ولكن المهم هو التعليق عليها، وطريقة وضع البرنامج ومدى إشباعه لحاجات ورغبات الأعضاء، كذلك تسجيل ملاحظاته على الجماعة ونموها.. إلخ. وباختصار يجب أن يتضمن هذا الجزء كل ما يتصل بالجماعة كلها كوحدة قائمة بذاتها.

- **الجزء الخاص بالأخصائى الاجتماعى**: ويشمل هذا الجزء ما قام به الأخصائى الاجتماعى من ترتيبات وتنظيمات، وما قدم من اقتراحات، واستجابات الأعضاء لها، وما قام به من شرح وتوضيح لأغراض المؤسسة وسياستها للأعضاء.. وسلوكه وتصرفاته تجاه الأعضاء ودوافعه، وكل ما قام به من أعمال أو تصرفات فى اجتماع الجماعة لمساعدة الأعضاء والجماعة على النمو وبلوغ الأهداف الاجتماعية المبتغاة.

ومن الملاحظ أن هذه الأجزاء فى مؤسسات رعاية المعاقين تختلف، ويطغى جزء على آخر حسب نوع الإعاقة ونوعية الخدمات التى تقدم فى المؤسسات، ففى مؤسسات المتخلفين عقلياً على سبيل المثال يطغى الجزء الخاص بالأخصائى على الجزئين الآخرين وخاصة الجزء الفردى. وقد يطغى الجزء الفردى مع جماعات الإعاقة البصرية.

ج- الجزء التحليلى:

وهو بمثابة تقويم لما دار فى الاجتماع، ويتضمن تحليل الأخصائى الاجتماعى لسلوك بعض الأفراد البارزين فى الجماعة، ومشكلاتهم الفردية التى تظهر أثناء الاجتماع، كما يتضمن أيضاً تحليل بعض المواقف الهامة التى تحدث فى الاجتماع والتى يرى أهميتها وفائدة تسجيلها. فهو يشمل الأسئلة تجاه كل موقف والأسباب

والدوافع التى دعت لذلك، وكل ما اتخذ من تصرفات تجاه ذلك مبيناً أوجه النجاح والفشل فى ذلك حتى يستطيع وضع خطة المستقبل لتحقيق أهداف الجماعة وأعضائها والمؤسسة ككل.

د- الجزء التخطيطى:

يجب على الأخصائى الاجتماعى أن يضع فى التقرير خططه للاجتماع التالى، أو خططه المستقبلية بصفة عامة، وقد يتضمن ذلك مقابلات فردية لبعض الأعضاء ومساعدتهم على حل مشكلاتهم، وكذلك نوع البرنامج وأوجه النشاط الذى ستساعد على حل مشكلات بعض الأعضاء، وتوزيع بعض مسئوليات العمل مع الجماعة على بعض الأعضاء المحتاجين إلى تحمل مثل هذه المسئوليات، وغير ذلك من الخطط التى تهدف إلى صالح الفرد والجماعة.

وتستخدم بعض المؤسسات فى مجال رعاية المعاقين صحيفة الوجه فى بداية التقرير الدورى، وهى تشتمل على المعلومات الإحصائية والمعلومات التى يمكن بها التعرف على الجماعة والتى سبق ذكرها فى الجزء الإحصائى، وفيما يلى مثال لصحيفة الوجه فى إحدى المؤسسات:

مثال لصحيفة الوجه

اسم المؤسسة

اسم الموجه أو المشرف:

اسم الأخصائى الاجتماعى:

اسم الجماعة:

تاريخ الاجتماع:

عدد أعضاء الجماعة:

عدد الأعضاء الحاضرين:

عدد الأعضاء الغائبين:

أسماء الأعضاء الغائبين:

١-

٢-

٣-

٤-

عدد الأعضاء الجدد:

عدد الزائرين:

١-

٢-

الخامات والأدوات التى تستخدمها الجماعة فى الاجتماع التالى:

-

-

-

الأسئلة والموضوعات المراد مناقشتها مع الموجه أو المشرف فى الاجتماع الإشرافى أو التوجيهى:

١-

٢-

٣-

٤-

٤ - التقارير التحليلية للجماعة:

يجب على الأخصائى أن يقوم بتلخيص وتحليل تقاريره مع الجماعة من وقت لآخر أو حسب الظروف التى تمليها طبيعة العمل دون التقيد بجدول زمن. فمثلاً يقوم بكتابتها عند عملية الانتخابات، أو عندما يزيد أو ينخفض عدد أعضاء الجماعة بدرجة ملحوظة، أو عند تقويم المؤسسة.. إلخ.

وفيما يلى تخطيط لتقرير تحليلى للجماعة:

أ- وصف مختصر لأعضاء الجماعة:

ويتم كما سبق وصفه فى التقارير الفردية الخاصة بأعضاء الجماعة، وإذا كان عدد الأعضاء كبيرا وتمثل مجهودا على الأخصائى فى كتابتها فيركز على بعض الأعضاء البارزين أو ذوى المكانة العالية أو غير المتكيفين فى الجماعة.

ب- غرض الجماعة وشروط العضوية فيها:

وفيه يجيب الأخصائى على هذه الأسئلة:

- هل كان للجماعة غرض؟ وما هو؟ وهل يتقبل الأعضاء هذا الغرض ويفى بحاجاتهم؟ كيف تؤثر وظيفة المؤسسة وأغراضها والمجتمع المحلى على أغراض الجماعة؟
- ما التغيرات التى طرأت على أغراض الجماعة وسياسة وشروط العضوية، وسبب ذلك؟
- كيف تحدد شروط العضوية؟ وما مدى تأثير سياسة المؤسسة فى ذلك؟ وما العوامل المختلفة التى تتخذ أساساً للعضوية؟
- ما العوامل الاجتماعية التى تؤثر فى البناء التكوينى للجماعة؟
- ما علاقة الأخصائى فى تحديد أغراض الجماعة وشروط العضوية؟ وما هدفه؟ وما النتيجة التى وصل إليها؟

جـ- علاقة الأعضاء ببعضهم:

على الأخصائى أن يعمل على توضيح وتحليل ما يلى:

- أسلوب التقبل والنبذ فى الجماعة مع ذكر التغيرات التى حدثت فى الفترة التى يكتب عنها التقرير، ومدى مسئولية الأخصائى فى ذلك.
- وجود العشيرات فى الجماعة، وكيف أثرت على الطريقة التى تعمل بها الجماعة فى حالة وجودها؟ مع ذكر الصراع الذى قد يكون بينها، وكذلك مدى السيطرة والقيادة التى تتمتع به هذه العشيرات، وإلى أى مدى تؤثر العوامل الاجتماعية فى ذلك، وما علاقة الأخصائى بذلك؟
- كيف تعامل الجماعة الأشخاص البارزين بها؟ ومسئولية الأخصائى حيالهم هم والجماعة؟

د- أداة الحكم والضبط الاجتماعى داخل الجماعة:

على الأخصائى أن يوضح ويحلل أداة الحكم والضبط داخل الجماعة ومنها:
- ما إذا كان للجماعة دستور أو مجموعة من القواعد التى تستخدم كوسيلة للضبط الاجتماعى داخل الجماعة، وإلى أى مدى تقوم الجماعة باحترامها، وما الطريقة التى تستخدم فى حالة عدم وجود دستور للجماعة؟
- من قادة الجماعة؟ وما نوع الخدمات التى يسهمون بها وتكون سبباً فى ظهورهم كقادة؟ وما الموضوعات التى تؤدى إلى المنازعات داخل الجماعة؟ والدور الذى يقوم به الأخصائى فى المنازعات؟ وفى السيطرة على الجماعة وحكمها؟

هـ- أسلوب تفكير الجماعة واتخاذ القرارات: مثل:

- كيف تصدر القرارات فى الجماعة؟ وكيف تعامل الأغلبية آراء الأقلية؟
- ما طابع المسائل التى تفصح عن تفكير الجماعة؟
- هل يتناول الأعضاء موضوعات أخرى للمناقشة بخلاف ما هو مدون بجدول الأعمال؟ وما نوع هذه الموضوعات؟ وكيفية مناقشتها؟ ودور الأخصائى فى ذلك؟

و- الروح المعنوية للجماعة: وعلى سبيل المثال:

- ما الجـو الاجتـماعى الذى يسود أعـضاء الجـماعة؟ هل هو جـو محـبة وصداقة أم هو جو عدائى؟
- هل الروح المعنوية للجمـاعة كانت مـتغيرة؟ ومـا هى العوامل التى دعت إلى ذلك؟
- ما درجة ونوع الولاء للجماعة؟ ومـا علاقة الأخصائى بكل ذلك والنتائج التى توصل إليها؟

ز- القيم السائدة فى الجماعة، مثل:

- ما القـيم السائدة فى الجمـاعة؟ وما مـدى اتفاقها أو اخـتلافهـا عن قيم المجتمع والمؤسسة والأخصائى؟
- كيف تؤثر هذه القيم على الفرد؟ وهل مراعاة هذه القيم هو بسبب الثواب أو العقاب؟
- ما الدور الذى قـام به الأخصائى فـيما يتـعلق بهذه القيم؟ ومـا أهدافه؟ والنتائج التى توصل إليها؟

ح- برنامج الجماعة:

- ما أوجه نشاط البرنامج؟
- كيف يوضع البرنامج؟
- ما أوجه النشاط التى استجاب لهـا الأعضاء بقوة، وتلك ذات الاستجابة الضعيفة؟

ط- علاقة الجماعة بالجماعات الأخرى:

- علاقة الجماعة بالجماعات الأخرى بالمؤسـسة؟ وما علاقة الجماعة ببرنامج المؤسسة؟
- ما اتصالات الجماعة خارج المؤسسة؟ وما تأثيرها على الجماعة؟

- ما دور الأخصائى فى تلك العلاقات والاتصالات؟ وما أهدافه وما النتائج التى وصل إليها؟

ى- علاقة الأخصائى بأعضاء الجماعة:

- ما نوع العلاقة القائمة بين الأخصائى والجماعة؟ وما علاقة الأخصائى بالأعضاء الذين يعرضون حياة الجماعة للخطر؟ وكيف يتصرف الأخصائى مع سلوك هؤلاء الأفراد فى الجماعة؟ وكيف استغل الأخصائى البرنامج والجماعة مع مثل هؤلاء الأعضاء؟
- ما اتصالات الأخصائى بأعضاء الجماعة خارج اجتماعاتها؟ وما تأثير ذلك على الأعضاء والجماعة وحياتها الجماعية؟ إلى غير ذلك من الأمور المتصلة بعلاقة الأخصائى بأعضاء الجماعة.

ك- ملخص إحصائى: ويتضمن:

- عدد الأعضاء عند بدء هذه الفترة.
- المشتركين أثناء هذه الفترة ويشمل ذلك:
    - أعضاء قدامى واشتراكهم.
    - أعضاء جدد.
- عدد الأعضاء الذين تركوا الجماعة أثناء هذه الفترة.
- صافى عدد الأعضاء.
- عدد الأعضاء الواجب حضورهم فى اجتماعات الجماعة فى هذه الفترة.
- عدد الأعضاء الذين حضروا الاجتماعات.
- نسبة الحضور.

٥- تقارير برامج المناسبات الخاصة:

يستفيد الأخصائى الاجتماعى من المناسبات المختلفة القومية أو الدينية أو غيرها مثل الاحتفال بالمولد النبوى وعيد الميلاد المجيد، وعيد الثورة وانتصار

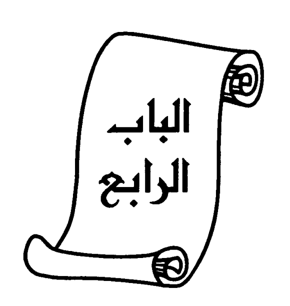
أكتوبر . . . إلخ بمساعدة الجماعات المختلفة التى يعمل معها الأخصائى الاجتماعى على الاحتفال بهذه المناسبات بقصد الترويح عن الأعضاء وزيادة الوعى القومى والدينى بينهم. ولا شك أن القيام بمثل هذه البرامج يحتاج إلى استعدادات خاصة قد يشترك فيها كل من المؤسسة والأخصائى وأعضاء الجماعة، ومن الضرورى أن يستفيد الأخصائى الاجتماعى باتصالاته مع المؤسسات الأخرى الموجودة فى المجتمع على نجاح هذه المناسبات من خلال ما توفره له من موارد وإمكانيات تعجز مؤسسته عن تلبيتها وترحب المؤسسات الأخرى بتوفيرها فى حالة اتصاله بها والمشاركة أيضاً فى الاحتفال بمثل هذه المناسبات. وقد تشترك أكثر من جماعة، أو جماعات المؤسسة بأكملها فى الإعداد والتنظيم وتنفيذ مثل هذه الاحتفالات ويشارك المعاقون أنفسهم فى تنييم بعض الفقرات الترفيهية فيها وقد تظهر بعض المواهب فى مثل هذه المناسبات الخاصة.

ولذلك يقوم الأخصائى الاجتماعى المسئول عن هذه البرامج بكتابة التقارير الوافية عنها، ولهذا فوائد كثيرة منها:

تقويم البرنامج ومعرفة مواطن القوة والضعف فيه، والعوامل التى أدت إلى نجاحه أو فشله ونتائج البرنامج الإيجابية والإنمائية بالنسبة للأعضاء والجماعة والمؤسسة ومجتمع المعاقين والمجتمع المحلى. فيستفيد الأخصائيون الاجتماعيون والأعضاء من أخطائهم إن وجدت، كما أن نجاح البرنامج يكون حافزاً أو مشجعاً لهم على القيام ببرامج أخرى أكثر إيجابية وعلى مدى أوسع، وتستخدم هذه التقارير أيضاً كمراجع يمكن الرجوع إليها عندما يراد القيام ببرامج مشابهة، والاستفادة منها فى الاستعدادات ووضع الخطط التى تعمل على نجاحها وتلافى الأخطاء التى ارتكبت فى البرامج السابقة.

ويجب أن تراعى بصفة عامة المبادئ الأساسية الآتية عند كتابة أى نوع من أنواع التقارير السابق عرضها، ومن هذه المبادئ:

مبدأ الاختيار، والسرية، وحسن الصياغة والعرض، وتقبل الأخصائى للتسجيل، والأمانة فى عرض الأسماء والأقوال والأفعال. . إلى آخر المبادئ بالإضافة إلى المبادئ المهنية الأخرى فى ممارسة الخدمة الاجتماعية.



بحوث الخدمة الاجتماعية فى مجال رعاية المعاقين

الفصل الحادي عشر

البحوث الميدانية للخدمة الاجتماعية فى مجال رعاية المعاقين

أولاً: ماهية البحوث الميدانية فى الخدمة الاجتماعية وأهدافها

ثانياً: أهمية البحوث الميدانبة فى الخدمة الاجتماعية فى مجال رعاية المعاقين

ثالثاً: أنواع البحوث التطبيقية فى الخدمة الاجتماعية

رابعاً: التصميم المنهجى للبحوث التطبيقية فى الخدمة الاجتماعية

خامساً: عوائق البحث فى الخدمة الاجتماعية واحتياجاته للتغلب على تلك العوائق

مقدمة:

البحث ما هـو إلا استخدام الأسلوب العلمى فى أى مـجال من المجالات، والأخصائى الاجتماعى الذى يعمل فى مؤسسـات رعاية المعاقين من بين مسئولياته التى يجب أن يقـوم بها حتى يؤدى دوره بكفـاءة وفعـالية القيـام بإجراء البـحوث الميدانية. وعلى سبيل المثال لا الحصـر يمكن للأخصائى الاجتماعى أن يقوم بمسح للتعـرف على الاتجاهات الوالدية تجـاه رعاية المعاقـين فى المؤسسـة، وعلى أساس نتائج هذا البحث يسـتطيع أن يتدخل لتعديل الاتجاهات السلبـية للوالدين، كذلك حتى يقوم بتقديم الخـدمات الفعلية التى يحتاجها المعـاقين، عليه أولاً أن يعرف ما احتياجـات هؤلاء المعاقين؟ ولا يمكنه تحقيق ذلك إلا من خـلال إجراء البحوث، فهى تحـقق فعالية أدائه لدوره وكـفاءة مؤسسـته فى تقديم الخدمـة. كذلك يمكن للأخصائى الاجتمـاعى بعد تعرفه على الاتجاهات الحديثة فى مـجال رعاية المعاقين - يمكنه تطبيق أحد أو بعض هـذه المداخل - فى مؤسسة ولصالح المستـفيدين من خدماتها ثم يقيس مدى فعاليـة النموذج أو المدخل المستخدم... إلى غير ذلك من الأمور التى يمكن أن يستـفيد بها الأخصـائى الاجتماعى من البحـوث الميدانية فى عمله حيث إنه يجب أن يعتمد على الأسلوب العلمى فى تحقيق ذلك.

أولاً: ماهية البحوث الميدانية فى الخدمة الاجتماعية وأهدافها

البحوث الميدانية فى الخدمة الاجتماعية يشار إليها دائماً على أنها:

«توجيه الاسـتقصاء تجـاه اكتساب المعـرفة من أجل استخدامـها فى تخطيط وتنفيذ برامج الخدمة الاجتماعية فى مؤسساتها المختلفة».

أهداف البحوث الميدانية فى الخدمة الاجتماعية

البحث التطبـيقى (الميدانى) يستقـصى الحقائق للوصول مـباشرة إلى الحلول المعلقـة ببعض المشكلات العـملية، ورسـم السيـاسات Policy Making، واتخاذ القرارت وتخطيط البرامج بالمؤسسات المختلفـة. وهذا النوع من البحوث ذو فعالية فى تطوير المكانة الاجتماعية للمهنة والأخـصائيين الاجتماعيين ممارسى هذه المهنة، كذلك يساهم فى تطوير الممارسة والتغلب على المشاكل التى تعوق نجاح العمل.

عناصر البحث الميدانى الأساسية:

١- **الموضوع**: وينبثق موضوع البحث من صعوبة، أو مشكلة أو موقف يواجه أنساق التعامل المختلفة أو الأخصائى الاجتماعى الباحث وترتبط بممارسته المهنية فى إحدى مؤسسات الرعاية الاجتماعية للمعاقين، بحيث يتجه إلى دراستها طبقاً لخطوات المنهج العلمى.

٢- **المنهج**: حيث يستلزم كل بحث استخدام المنهج العلمى فى الدراسة ويتطلب اتباع خطواته.

٣- **الهدف**: يهدف البحث الميدانى إلى تقديم إضافات جديدة تختلف من بحث لآخر، يساعد على فهم تحليل ومواجهة المشكلات والظواهر.

إن خلاصة Essence البحث هى المساعدة على حل المشكلات بطرق علمية وطبقاً لطبيعة المشكلة، بالإضافة إلى المساهمة فى تخطيط وتنفيذ برامج الخدمة الاجتماعية.

ثانياً: أهمية البحوث الميدانية فى الخدمة الاجتماعية مجال رعاية المعاقين

ترجع أهمية البحث الميدانى فى الخدمة الاجتماعية فى مجال رعاية المعاقين إلى مجموعة من الوظائف الهامة التى يقوم بها البحث التطبيقى (الميدانى) للمهنة والتى تتضح بعض منها فى الآتى:

١- يعتبر البحث الميدانى مفتاح عمليات التنمية، حيث إنه من خلاله يمكن التعرف على إحصائيات لفئات المعاقين بالمجتمع ونسبتهم فى المجتمع ونسبة كل فئة، وأى الفئات التى يمكن استغلالها الاستغلال الأمثل للمشاركة فى عملية التنمية وكيفية تنمية هذه الموارد البشرية.

٢- يستطيع البحث الميدانى أن يتعرف على المشكلات التى تعوق المعاقين من الاستفادة بالخدمات المختلفة التى تقدمها الدولة، فهو يحاول مواجهتها أو التخفيف من حدتها أو آثارها بقدر الإمكان فى حدود ما هو متاح من موارد وإمكانات.

٣- يسعى البحث الميدانى فى الخدمة الاجتماعية إلى تطوير الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية فى مؤسسات رعاية المعاقين، بما تحتويه هذه الممارسة من بناء معرفى نظرى، وممارسات مهنية تطبيقية، وذلك من خلال عمليات التأهيل، والاتجاهات الحديثة.

٤- يعتبر البحث الميدانى فى الخدمة الاجتماعية مرشدا وموجها للأخصائى الاجتماعى الممارس أثناء ممارسته المهنية فى مجال رعاية المعاقين.

٥- يعتبر البحث الميدانى فى مجال رعاية المعاقين من مصادر المعلومات العلمية الدقيقة التى تساعد فى صنع واتخاذ القرارات ووضع سياسة رعاية المعاقين، وبالتالى التخطيط للمشروعات والخدمات والبرامج اللازمة لهم.

٦- تزداد أهمية البحث الميدانى فى الخدمة الاجتماعية، فى مجال رعاية المعاقين، بوجود كل من عمليات التوقع والتنبؤ المهنى، فمثلاً يمكن التنبؤ بأعداد المعاقين وفقاً للإحصاءات العلمية الحالية عنهم وتقدير نسبة الزيادة السكانية، وبالتالى يمكن توقع أعداد وفئات المعاقين فى المجتمع بعد سنوات، وبالتالى التخطيط لمواجهة هذه الأعداد، أو للوقاية والحد من هذه الإعاقات قدر الإمكان والتقليل من نسبتها فى المجتمع.

٧- من خلال البحث الميدانى يمكن لممارسى المهنة فى مجال رعاية المعاقين إحداث عمليات التغيير الاجتماعى المقصود والمخطط لإحداث التغيير فى أنساق المعاقين (كأفراد وآباء وأسر، وكجماعات، وكمجتمعات) إلى وضع اجتماعى واقتصادى أفضل مما هم عليه.

٨- من خلال البحث الميدانى يمكن تقييم مؤسسات الرعاية وخدمات وأدوار فريق العمل المهنى بصفة عامة والأخصائيين الاجتماعيين العاملين بمؤسسات رعاية المعاقين بصفة خاصة.

ثالثاً: أنواع البحوث فى الخدمة الاجتماعية

تقسم البحوث التطبيقية للخدمة الاجتماعية فى مجال رعاية المعاقين على أساس الموضوعات التى تعالجها ومنها:

١- بحوث تقيس الاحتياجات الأساسية للمعاقين (كأفراد، وكجماعات وكمجتمعات) حسب نوع الإعاقة أو بمختلف أنواعها معاً.

٢- بحوث تقيس فعالية الخدمات التى تقدم للمعاقين، وتقدير مدى وفائها بالاحتياجات المطلوبة، واقتراح الخدمات التى ينبغى أن تقدم فى ضوء ذلك.

٣- بحوث لتقويم النتائج المترتبة على تقديم الخدمات للمعاقين.

٤- بحوث لتقويم الأساليب المتبعة فى تقديم الخدمات للمعاقين.

٥- بحوث تقيس كفاءة مؤسسات رعاية المعاقين.

٦- بحوث للمقارنة بين الأدوات والمناهج للمقارنة بين أداة وأخرى لمعرفة أيها تستطيع الحصول على بيانات أكثر دقة وثباتاً بطريقة مقننة.

٧- بحوث «التدخل المهنى» وهى نوع من البحوث التطبيقية فى الخدمة الاجتماعية، وهى تستهدف اختبار برنامج معين، أو نظرية، أو اتجاه معين يوجه الممارسة المهنية للتعامل مع المواقف أو المشكلات فى مجال معين أو مؤسسة معينة، كمؤسسات رعاية المعاقين.

رابعاً: التصميم المنهجى للبحوث الميدانية فى الخدمة الاجتماعية

لا يختلف التصميم المنهجى للبحوث الميدانية عن التصميم المنهجى للبحوث الاجتماعية بصفة عامة.. وأهم خطوات البحث الميدانى هى:

١- تحديد المشكلة وصياغتها.

٢- تحديد المفاهيم والفروض العلمية.

٣- تحديد نوع البحث.

٤- تحديد المنهج المستخدم.

٥- تحديد الأدوات اللازمة لجمع البيانات.

٦- اختيار العينة، وتحديد المجال الزمنى والمكانى والبشرى.

٧- جمع البيانات من الميدان.

٨- تصنيف البيانات وتفريغها وتبويبها.

٩- تحليل البيانات وتفسيرها.

١٠- كتابة تقرير البحث.

وفيما يلى توضيح مبسط لهذه الخطوات:

١- تحديد مشكلة البحث وصياغتها:

يستطيع الأخصائى الاجتماعى الممارس فى مؤسسات رعاية المعاقين أن يختار موضوع بحثه أو المشكلة البحثية من خلال الملاحظات الشخصية له ومن خلال الاطلاع العام ومن الدراسات المرتبطة بمجال عمله.

ومن الضرورى بعد أن يختار الأخصائى الاجتماعى (الباحث) مشكلة بحثه أن يحدد النقاط الرئيسية والفرعية التى تشتمل عليها وصياغتها فى مصطلحات واضحة دقيقة ويفترض أن تتضمن الصياغة الصحيحة ما يلى:

- تحديد الموضوع الرئيسى الذى اختاره.
- تحديد مشكلة البحث.
- تحديد العوامل الرئيسية التى دفعته لاختيار المشكلة.
- تحديد أهمية وأهداف البحث للمؤسسة والعمل.
- عرض لأهم الدراسات السابقة المرتبطة بمشكلة بحثه وأوجه الاستفادة منا والتعريف بالإضافة التى ينبغى أو يتوقع الباحث تقديمها من خلال بحثه.
- تحديد مسلّمات البحث وتساؤلاته وفروضه.

٢- تحديد المفاهيم والفروض العلمية:

يعتبر تحديد المفاهيم والفروض العلمية أمراً لازماً فى كل بحث، وكلما اتسم هذا التحديد بالدقة، أمكن الباحث أن يجرى بحثه على أساس علمى سليم وسهل وعلى المتابعين للبحث إدراك المعانى والأفكار التى يريد الباحث التعبير عنها.

أما الفروض فهى حلول مقترحة عبر عنها كتعميمات أو مقترحات تحاول تغيير علاقات أو أحداث لم تتأيد بعد عن طريق الحقائق. والفرض عبارة عن «فكرة مبدئية تتولد فى ذهن الباحث ترتبط بالظاهرة أو المشكلة موضوع الدراسة وبين أحد العوامل المرتبطة بها أو المسببة لها».

والفروض العلمية تساعد الباحث على أن يتجه مباشرة إلى الحقائق العلمية التى ينبغى عليه أن يبحث عنها، كما تمكنه من الكشف عن العلاقات بين المتغيرات، وللفروض مصادر عديدة أهمها النظريات العلمية ومجال الممارسة الفعلى، وخبرة الباحث، أو حتى خياله العلمى.

ويشترط فى صياغة الفروض أن تكون موجزة وواضحة وخالية من التناقض وقابلة للاختبار، ومتعددة، كما يجب أن تحتوى على متغيرين أو أكثر يسمى أحدهما «بالمتغير المستقل» وهو المتغير الذى يؤثر ولا يتأثر، والمتغير الثانى هو «المتغير التابع» وهو المتغير الذى يتأثر ولا يؤثر.

ويمكن صياغة الفروض فى صورة خبرية مثلاً «يؤدى الجهل إلى زيادة نسبة الإعاقة فى المجتمع»، أو يصاغ فى صورة شرطية كأن نقول «كلما زاد التعليم قلَّت نسبة الإعاقة فى المجتمع»، أو فى صورة استفهامية كأن نقول هل تؤدى الخدمات المقدمة للمعاقين فى المؤسسة إلى زيادة تكيفه مع الأسرة؟.. إلى آخر الصياغات المختلفة.

٣- تحديد نوع البحث:

على الباحث أن يحدد نوع الدراسة التى يقوم بها وهى إما أن تكون كشفية (استطلاعية) أو وصفية، أو تجريبية... إلخ.

أ- **الدراسات الاستطلاعية**:وهى تهدف إلى التعرف على ظاهرة معينة جديدة يحاول الباحث فيها تحديدها والتعرف عليها ووضع أو استخلاص فروض يمكن التحقق منها فى بحوث تالية.

ب- **الدراسات الوصفية**: وتهدف إلى تقرير خصائص ظاهرة أو مشكلة معينة أو موقف يغلب عليه التحديد، وتعتمد على جمع الحقائق وتحليلها وتفسيرها لاستخلاص دلالتها، وتهتم بحصر العوامل المختلفة

التى أثرت فى الظاهرة وقد تتضمن فروضاً مبدئية تربط بين متغيرين أو أكثر، كما أنها تتجه إلى الوصف الكمى أو الكيفى للظاهرة.

جـ- **البحوث التجريبية**: وهى البحوث التى تختبر فروضاً سببية لأنها تتناول الأسباب المختلفة المتحملة المؤدية إلى الظاهرة، واستخلاص الأسباب المؤدية إليها على أساس التجربة والبحوث الميدانية فى الخدمة الاجتماعية تعد من البحوث شبه التجريبية، كما ازدادت اليوم بحوث التدخل المهنى وهى التى تقيس عائد الممارسة المهنية بتطبيق نموذج أو مدخل معين وقياس عائد هذا التدخل قبل وبعد التدخل المهنى.

٤- تحديد المنهج المستخدم:

وفى البحوث الميدانية للخدمة الاجتماعية يوجد العديد من المناهج التى نستخدم منها المسح الاجتماعى، ودراسة الحالة، والمنهج التجريبى.

أ- **منهج دراسة الحالة**: ويهتم بجميع الجوانب المتعلقة بشىء أو موقف معبن ويعتبر (الفرد أو الأسرة، أو الجماعة، أو المؤسسة أو المجتمع) وحدة للدراسة، ويقوم الباحث بدراسة جميع المراحل التى مرت بها بغرض الكشف عن العوامل التى أثرت فى الوحدة المدروسة، والعلاقات بين أجزائها.. إلخ.

ب- **منهج المسح الاجتماعى**: وهو من المناهج الأساسية فى البحوث الوصفية حيث يهتم بدراسة الظروف الاجتماعية والاقتصادية... وغيرها فى مجتمع معين (كمجتمع المعاقين مثلاً) أو (مجتمع أسر المعاقين بالمؤسسة)، بقصد تجميع البيانات والحقائق واستخلاص النتائج اللازمة لمواجهة الظاهرة أو المشكلة. وهناك المسح الاجتماعى الشامل والذى يطبق عندما تدرس جميع وحدات الدراسة فى المجتمع أو المسح بالعينة عندما تقتصر على جزء من المجتمع ممثل تمثيلاً دقيقاً للمجتمع.

جـ- **المنهج التجريبى**: ويعتمد على التحكم فى الظروف والشروط التى تسمح بإجراء تجربة من خلال الملاحظة المنظمة، وفيه يقوم الباحث بالتحكم فى المتغيرات حتى يتبين تأثير المتغيرات المستقلة على المتغيرات التابعة.

ويعتمد المنهج التجريبى على التجربة، وهناك العديد من التصميمات التجريبية التى يلجأ إليها الباحث ومنها القياس بعد التجربة فقط لمجموعتين (ضابطه وتجريبية) أو قياس مجموعة واحدة قبل وبعد التجربة، القياس قبل التجربة للمجموعة الضابطة وبعد التجربة للمجموعة التجريبية. . إلخ من التصميمات المعروفة.

٥- تحديد الأدوات اللازمة لجمع البيانات:

يستخدم الباحث العديد من الأدوات (الوسائل) اللازمة لجمع البيانات، ويمكنه أن يستخدم أكثر من أداة فى البحث الواحد، ويتوقف اختياره لها على طبيعة المشكلة أو الظاهرة أو الدراسة، ونوعها، وخصائص المبحوثين، . . إلخ.

ومن أهم الأدوات التى يمكن استخدامها فى البحوث الميدانية للخدمة الاجتماعية فى مؤسسات رعاية المعاقين: الملاحظة، والمقابلة، وتحليل المحتوى (المضمون) والاستبيان والاستبار، والقياس.

٦- اختيار العينة وتحديد مجالات الدراسة:

على الأخصائى الاجتماعى (الباحث) تحديد مجالات الدراسة واختيار عينة الدراسة فى حالة استخدامه للعينة وليس المسح الشامل وفيما يلى مجالات الدراسة التى ينبغى تحديدها:

أ- **المجال البشرى**: وهو مجتمع البحث الذى يتكون من الأفراد أو الجماعات الذين سوف يطبق عليهم البحث؛ وقد تدرس جميع المفردات أو تدرس عددا محدوداً من الأفراد وبالتالى نلجأ إلى العينة.

ب- **المجال المكانى**: وذلك بتحديد المكان الجغرافى كالمؤسسة أو الحى الذى سوف يجرى فيه البحث.

جـ- **المجال الزمنى**: وذلك بتحديد الوقت الذى سوف يتم فيه جمع البيانات والذى يجب أن يتناسب مع طبيعة المبحوثين وخصائصهم.

٧- جمع البيانات من الميدان:

وتتضمن هذه المرحلة إعداد جامعى البيانات وتهيئة مجتمع البحث وجمع البيانات من الميدان ومراجعتها ميدانياً ومكتبياً.

أ- **إعداد جامعى البيانات:** قد يقوم الأخصائى الاجتماعى (الباحث) بجمع البيانات بنفسه وقد يساعده زملاؤه أو طلاب الخدمة الاجتماعية الذين يتدربون بالمؤسسة... إلخ ويتطلب ذلك تدريبهم على عملية جمع البيانات، وكيفية توجيه الأسئلة وتسلسلها وتدوينها وكيفية استثارة المبحوث للتعاون معهم... إلخ.

ب- **تهيئة مجتمع البحث:** لابد من تهيئة المبحوثين للبحث لضمان تعاونهم واستجابتهم عن طريق المؤسسة أو الملصقات أو المقابلات.. إلخ. وشرح أهمية البحث لهم وتوقيت جمع البيانات.

جـ- **جمع البيانات من الميدان:** وينبغى أن تتوافر الدقة والأمانة فى تدوين البيانات، ويستخدم الباحث الأدوات التى حددها لجمع بياناته، ويستبعد الباحث الحالات التى لم تستجب للبحث أو الاستمارات غير المستوفية لبياناتها.

٨- تصنيف البيانات وتفريغها وتبويبها:

بعد مراجعة البيانات ينبغى على الأخصائى الاجتماعى (الباحث) تصنيف البيانات فى نسق معين يتيح للخصائص الرئيسية أن تبدو واضحة جلية، والتصنيف عملية يقصد من ورائها ترتيب البيانات وتقسيمها إلى فئات بحيث توضع جميع المفردات المتشابهة فى فئة واحدة، وبعد ذلك ينبغى على الباحث تفريغ البيانات إما يدويا أو بالطريقة الآلية، ويتوقف ذلك على عدد الاستمارات التى جمعها الباحث، ثم يقوم بجدولة البيانات فى جداول بسيطة أو مزدوجة أو مركبة.

٩- تحليل البيانات وتفسيرها:

من الضرورى بعد جدولة البيانات تحليلها تحليلاً إحصائياً لإعطاء صورة وصفية دقيقة للبيانات التى أمكن الحصول عليها، ولتحديد الدرجة التى يمكن أن تعمم بها نتائج البحث على المجتمع الذى أخذت منه العينة مثلا (مجتمع المعاقين بالمؤسسة) التى يعمل بها الأخصائى الاجتماعى فى حالة أخذ عينة من المعاقين بنفس المؤسسة، وعلى مؤسسات الإعاقة الأخرى المماثلة لمؤسسته، ويستعين فى

ذلك بالأساليب الإحصائية المختلفة كالنسب والمتوسطات الحسابية ومعاملات الارتباط... إلخ. وبعد تحليل البيانات لابد من تفسير النتائج التى تم الحصول عليها والكشف عن العوامل المؤثرة فى الظاهرة المدروسة والعلاقات التى تربط بينها وبين غيرها من الظواهر.

١٠- كتابة تقرير البحث:

على الباحث أن يكتب تقريراً وافياً عن البحث يشتمل على ما يلى:

أ- عرض المشكلة عرضاً وافياً.

ب- بيان منهجية البحث ومراحله.

جـ- عرض نتائج البحث.

ء- مناقشة إمكانية تطبيق النتائج.

كذلك يستطيع الباحث أن يقدم بعض المقترحات والتوصيات التى خرج بها من البحث، ويشترط أن تكون هذه المقترحات ذات صلة بالنتائج التى توصل إليها، وأن تكون محددة تحديداً دقيقاً وقابلة للتطبيق.

وفى النهاية يقوم بكتابة المراجع والاقتباسات وهى من البنود الهامة فى إجراء البحوث حيث نجد بعض الباحثين يخطئ عند إثبات المراجع التى اعتمدوا عليها.

خامساً: عوائق البحث فى الخدمة الاجتماعية واحتياجاته للتغلب على تلك العوائق:

إن البحث فى الخدمة الاجتماعية واجهته وتواجهه مشكلات كثيرة إلا أنه بالتعرف على تلك المشكلات والتغلب عليها قد يمكننا من الرقى بإمكانياتنا فى البحث والرقى بالمهنة ككل وسوف نوضح هذا فيما يلى:

١- الحاجة إلى بحث ذو برنامج Need for programmatic Research

البحث فى الخدمة الاجتماعية واجهه مشكلة نقص المجهودات المتراكمة، فالعديد من الدراسات تمثل قدرا من المعلومات غير ملائم فى أى مكان، بمعنى أن

أحد جوانب النقص للبحث المعاصر هو البحث العلمى للحلول السريعة للمشكلات التى لها أهمية حالية، وكثيراً من المشكلات تنبثق من الباحثين الذين يفدون على الميدان بواعز فضيلة البقاء بالدرجة التى تكفى فقط لإنتاج دراسة واحدة أو أكثر من الدراسات الاستطلاعية قبل التحرك إلى منطقة أخرى من البحث.

إن المعلومات من الممكن أن تصبح أكثر ملاءمة عندما يبدأ الباحثون فى العمل المكثف فى ناحية خاصة فيوجدون معلوماتهم من خلال سلسلة منتظمة من الدراسات كل واحدة منها تبنى على السابقة لها.

٢- الحاجة إلى توجيه البحث العلمى Need for Guiding Scientific inquiring

إن الحقائق والأشكال مكدسة ولكنها غالباً بدون فائدة وغير واضحة في صياغة المشكلة، كما وأن الفروض تبدو فى تقدم مع المادة التى تم جمعها ولكن معظمها غير منتظم أن البحث فى الرعاية الاجتماعية ربما يندفع وفقاً لما أشار إليه Underwood فى سنة ١٩٤٩ بما يعرف بمرحلة الحضانة فى البحث بواسطة نمط «إننى أسأل ما الذى سيحدث» من الدراسة؟ كما وأن الحاجة للتعاقد بين الباحثين والممارسين فى صياغة الفرض لقيادة جمع المادة يعد أمراً ضرورياً.

٣- الحاجة إلى توجيه الدراسة لعمليات الممارسة

Need for direct study of practice processes

إن دراسات الخدمة الاجتماعية غالباً ما تبادر بعد أن تكون الخدمة قد تمت والدراسات التتبعية الشائعة تؤكد وجهة النظر هذه وأن مقاومة فحص العمليات فى المؤسسات كما تظهر بالفعل تنبع جزءياً من أن البحث قد يتدخل مع أهداف الخدمة.

وقد اقترح faushel سنة ١٩٦٢ حلاً لهذه المشكلة وذلك باستخدام الممارسين فى إجراء ملاحظات للوقائع والأحداث فى الوقت الذى تحدث فيه.

إن الباحثين قد أخطأوا بضعف تفسيرهم للممارسين بضرورة جمع المادة من خلال المواقف العملية الفعلية.

٤- الحاجة إلى الملاحظة السلوكية Need for bwhavioural observation

أشار الباحثون إلى أفضلية جمع البيانات على أساس التقارير اللفظية المدروسة بواسطة الأفراد، والمادة اللفظية لا يمكن أن تفسر كمؤشر للدلالة على وجهة النظر السلوكية كإحدى الحقائق المؤلمة للبحث فى العلوم الاجتماعية، فإمكانية التعارض بين مصدرى المادة غالباً ما يهمل والمعنى السلوكى ينسب خطأ للتقارير اللفظية.

وبسبب أن البحث فى الخدمة الاجتماعية يعتمد كثيراً على المقابلات فى جمع المعلومات فإن الحاجة ما زالت قائمة لإحداث توازن أفضل بين المعلومات اللفظية والسلوك الفعلى.

٥- الحاجة للجماعات المقارنة Need for comparative group

إن الباحثين لم يكونوا متحمسين للرجوع للجماعات فى الدراسات الخاصة بالسكان وعلى ذلك رأى الكثير الحاجة إلى الجماعة المقارنة بعد إكمال المشروع ومن الواضح أن دراسات عديدة أثبتت صعوبة التفسير بسبب أن الباحثين فشلوا فى استخدام الجماعة المقارنة.

وسواء أكانت دراسة السكان تتكون من المساعدات العامة، أو أطفال الأمهات العاملات أو الأمهات غير المتزوجات مثلاً فإننا سنكتب بعض وجهات النظر لصفاتهم النمطية الخاصة وذلك بالمقارنة مع الجماعات الأخرى فى المجتمع.

٦- الحاجة إلى التحليل الكمى Need for quantitative Analysis

يعتمد البحث على القياس والطرق المتكاملة لتحليل المعطيات العلمية، وقد أعطت الإحصاءات الحسابية للباحثين الكثير من الأبعاد التحليلية كما وأن الطرق الآن متاحة لدراسة العوامل المصاحبة.

إن البحث فى الخدمة الاجتماعية قد تراجع فى استخدام الوسائل الإحصائية الحديثة؛لذا فإنه فى حـاجة ليكتسب الكثير من نواحى التقـدم فى التحليل لمختلف العـوامل، ونظرية القـرار، ونظرية الأوزان والقـيـاس،وتحتـاج بحوث الخـدمـة الاجتماعية إلى استخدام الطرق الكمية بواسط الحاسب الألكترونى، فهذه الجوانب ضرورية لتكمـل التوثيق الكيفى المسـتمد من تسـجيل الحـالة والانطباعات العـامة لمقابلات البحث.

الفصل الثاني عشر

العلاقة بين الإعداد المهنى واتجاهات طلاب الخدمة الاجتماعية نحو المعاقين(*)

أولاً: تحديد مشكلة البحث.

ثانياً: فروض الدراسة.

ثالثاً: أسباب اختيار مشكلة البحث.

رابعاً: أهداف الدراسة.

خامساً: البناء النظرى للدراسة.

سادساً: الإطار المنهجى للدراسة.

سابعاً: نتائج تطبيق الدراسة الميدانية.

ثامناً: مناقشة نتائج الدراسة.

(*) بحث فى: المؤتمر العلمى الثامن لكلية الخدمة الاجتماعية، (جامعة حلوان، كلية الخدمة الاجتماعية، ١٦- ١٨ مارس ١٩٩٥) ص ص ٧٨٣ - ٨١٤.

أولاً: تحديد مشكلة البحث

تهتم مصر برعاية المعاقين وتأهيلهم وتعمل على إزالة كل المعوقات التى تعرقل المعاق عن أداء دوره، ومن مظاهر هذا الاهتمام إنشاء العديد من المؤسسات لرعاية مختلف فئات المعاقين التى تتعدد وتتنوع التخصصات المهنية اللازمة لخدماتهم ومن بينها الأخصائيين الاجتماعيين.

وإذا كان توفير برامج الرعاية الاجتماعية للمعاق يعد واجبا من واجبات المجتمع نحو مجموعة من أبنائه فإن مدى كفاءة البرامج وفعاليتها تتحدد بالوسط الذى تتفاعل فيه إمكانات معينة مع العوامل المحيطة بهذه البرامج وأن التعرف على اتجاهات المجتمع نحو المعاقين هو جزء من برنامج تخطيط الخدمات الخاصة بالمعاقين فى هذا المجتمع وتنفيذها وتطويرها.

ذلك لأن الاتجاهات الاجتماعية الإيجابية نحو المعاقين فضلا عن أنها تعطى لهم إحساسا بالاحترام والكرامة فهى تهيئ المناخ الملائم لتخطيط برامج الرعاية وتطويرها وتحسينها، كما أنها يمكن أن تعزز النتائج المتوخاة من هذه البرامج على حين أن الاتجاهات السلبية ربما تحول دون ظهور هذه البرامج أساسا أو قد تطمس ما لهذه البرامج من آثار إيجابية على المعاق فى حالة وجودها باعتبار أن سلوكنا كأفراد وجماعات مع المعاقين يتأثر باتجاهاتنا إزاءهم. لذا كانت الاتجاهات الاجتماعية نحو المعاقين محورا لبعض الدراسات التى عنيت بالكشف عن طبيعتها وتحديد علاقتها بمختلف المتغيرات توطئة لاتخاذ ما يلزم نحوها من تدعيم وتعزيز أو تعديل وتغيير.

من هذه الدراسات «دراسة بيكر Baker» التى أوضحت أن الكثير من نجاح أو فشل برامج التربية الخاصة تتحدد على أساس ماهية اتجاهات المعلمين نحو المعاقين، كما بينت «دراسة بترس Batrice» أن الاتجاهات لها تأثير على معنويات المعاقين، كذلك أكدت «دراسة جان Jane» على ضرورة الاهتمام بنمو الاتجاهات الإيجابية للمعلمين نحو المعاقين لما له من تأثير على كفاءة فاعلية العملية التعليمية.

ومن دراسات الخدمة الاجتماعية التى بينت أهمية الاتجاهات الاجتماعية نحو المعاقين، «دراسة أحمد محمد نصر» التى أوضحت أن الاتجاهات الإيجابية واستعداد الأخصائى الاجتماعى للعمل فى مجال رعاية المعاقين عقليا من الأمور التى تساعد على نجاح الممارسة المهنية فى تحقيق أهدافها. وقد كشفت «دراسة ماهر أبو المعاطى» أن من أهم العوامل التى تساعد على زيادة ممارسة الأخصائى الاجتماعى لدوره فى توفير الرعاية المتكاملة للمعاقين الاهتمام بإعداد فريق التأهيل أثناء المرحلة الجامعية كل فى اختصاصه.

هذا، وقد اهتمت العديد من الدراسات فى ميدان التربية بمعرفة علاقة الاتجاهات نحو المعاقين بالإعداد المهنى مثل:

«دراسة شابمان chapman» التى أوضحت أن اتجاهات المعلمين نحو الطلاب المعاقين تكون أكثر إيجابية بالإعداد المهنى واتفقت معها «دراسة صالح هارون» التى بينت أن الإعداد التربوى يؤدى إلى زيادة إيجابية فى اتجاهات المعلمين والمعلمات نحو المتخلفين عقليا وأكدت على ذلك «دراسة فرانك ورينولدز frank & Re-nolds» حيث أظهرت نتائجها أن اتجاهات المعلمين نحو الطلاب المعاقين تكون أكثر إيجابية بالإعداد المهنى وأخذ مقرر فى التربية الخاصة.

فى حين بينت بعض الدراسات الأخرى أن الإعداد المهنى غير كاف لتغيير اتجاهات هؤلاء المعلمين نحو المعاقين ومن هذه الدراسات «دراسة الكسندر Alexander» التى أوضحت أن الاتجاهات الإيجابية نحو المعاقين لا تزداد بالإعداد المهنى، وأكدت «دراسة سعاد بسيونى» أن من أبرز مشكلات تعليم الصم فى ج. م. ع. عدم كفاية الإعداد المهنى للمعلمين.

وبالرغم من هذا الكم من الدراسات فى ميدان التربية لا يزال الموضوع محل اختلاف وبحث فى حين لم تتصد دراسة واحدة حتى الآن - فى حدود علم الباحث - دراسة اتجاهات طلاب الخدمة الاجتماعية قبل وبعد الإعداد المهنى نحو المعاقين، ومما يستوجب دراسة هذا الموضوع ما أسفرت عنه «دراسة عبد المطلب القريطى» من اختلاف اتجاهات طلاب الجامعة فى الفرق النهائية (جامعة حلوان) نحو المعاقين باختلاف كلياتهم حيث تبين للباحث أن هناك فروقا جوهرية فى

جميع الحالات بين متوسطى درجات طلاب كلية التربية وكلية الخدمة الاجتماعية لصالح كلية التربية، وذكر أيضا أنه من بين المهام التى يتوقع أن يؤديها طلاب كلية الخدمة الاجتماعية بعد تخرجهم العمل فى مؤسسات المعاقين، وأنهم أيضا يدرسون مقررات نفسية ومهنية مثل علم النفس العام، الخدمة الاجتماعية للفئات الخاصة إلا أن النتائج التى أسفر عنها البحث أثارت تشككه حول مدى فاعلية البرنامج التعليمى الذى يتلقاه عموما طلاب كلية الخدمة الاجتماعية، وهذه المقررات خصوصا فى تكوين اتجاهات إيجابية لديهم نحو المعاقين.

وعلى ذلك فقد تحددت مشكلة الدراسة فى دراسة:

«العلاقة بين الإعداد المهنى واتجاهات طلاب كلية الخدمة الاجتماعية - جامعة حلوان نحو المعاقين».

ثانياً: فروض الدراسة

وبناء على ما انتهت إليه الدراسات السابقة وفى ضوء نظرية النسق المفتوح المستخدمة فى البحث وعلى افتراض أن المدخلات لم يحدث بها تغيير كما سنوضح فيما بعد تمت صياغة الفروض على النحو التالى:

الفرض الأول: «لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الإعداد المهنى واتجاهات طلاب كلية الخدمة الاجتماعية نحو المعاقين».

وتتحقق صحة هذا الفرض باختيار صحة الفروض الفرعية التالية:

أ- «لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الإعداد المهنى والجانب المعرفى لاتجاهات الطلاب نحو المعاقين».

ب- «لا توجد علاقة ذت دلالة إحصائية بين الإعداد المهنى والجانب الوجدانى لاتجاهات الطلاب نحو المعاقين».

جـ- «لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الإعداد المهنى والجانب السلوكى لاتجاهات الطلاب نحو المعاقين».

الفرض الثانى: «لا يوجد ارتباط دال إحصائيا بين تدريب الطلاب (مجتمع البحث) فى مجال رعاية المعاقين واتجاهاتهم نحو المعاقين».

وتتحقق صحة هذا الفرض باختبار صحة الفروض الفرعية التالية:

أ- «لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين تدريب الطلاب فى مجال رعاية المعاقين والجانب المعرفى لاتجاهاتهم نحو المعاقين».

ب- «لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين تدريب الطلاب فى مجال رعاية المعاقين والجانب الوجدانى لاتجاهاتهم نحو المعاقين».

جـ- «لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين تدريب الطلاب فى مجال رعاية المعاقين والجانب السلوكى لاتجاهاتهم نحو المعاقين».

ثالثاً: أسباب اختيار مشكلة البحث

١- إن رعاية المعاقين من المهام الأساسية للأخصائيين الاجتماعيين بعد تخرجهم.

٢- إن الاتجاهات الإيجابية نحو المعاقين تزيد من كفاءة وفعالية الممارسة المهنية.

٣- إن تغيير وتعديل الاتجاهات السلبية وتنمية الاتجاهات الإيجابية نحو المعاقين أحد المهام الرئيسية للإعداد المهنى.

٤- تدريس الباحثة لمادة الفئات الخاصة بالكلية وتدريبها للطلاب فى مؤسسات رعاية المعاقين.

٥- ما أسفرت عنه نتائج دراسة عبد المطلب القريطى وما أثاره من تشكك حول فعالية الإعداد المهنى فى تكوين اتجاهات إيجابية لطلاب الكلية نحو المعاقين.

رابعاً: أهداف الدراسة

١- تحديد درجة اتجاهات طلاب كلية الخدمة الاجتماعية نحو المعاقين.

٢- تحديد الارتباط بين الإعداد المهنى واتجاهات طلاب كلية الخدمة الاجتماعية نحو المعاقين.

٣- توضيح علاقة التدريب الميدانى باتجاهات الطلاب نحو المعاقين.

٤- الوصول إلى مقترحات تساهم فى تطوير الإعداد المهنى فى بناء اتجاهات إيجابية نحو المعاقين.

خامساً البناء النظرى للدراسة

تحليل الإعداد المهنى لطلاب كلية الخدمة الاجتماعية فى ضوء نظرية النسق المفتوح:

نظرية الأنساق المفتوحة:

يعرف النسق الاجتماعى بأنه شبكة من العلاقات بين الأفراد والجماعات وأنه مجموعة من الفاعلين (أفراد أو جماعات أو مجتمعات) تنظم بينها علاقات اجتماعية مستقرة والتفاعل الاجتماعى بين الفاعلين تحكمه مجموعة من العناصر، والنسق الاجتماعى المفتوح هو هذا النموذج ذو المدخلات والمخرجات.

مكونات الأنساق المفتوحة:

تتكون الأنساق المفتوحة من ثلاثة أجزاء رئيسية ترتبط معا فى تكامل وثيق ولكل من هذه الأجزاء أهمية كاملة ليؤدى النسق وظيفته على أكمل وجه. هذا وسوف نقوم بتوضيح تلك المكونات على موضوع بحثنا كما يلى:

أ- المدخلات Inputs:

وهى تختلف حسب طبيعة النسق والأهداف التى يسعى إليها والأنشطة التى يختص بها وهى تستثير حركة المؤسسة وتنتقل بها من مستوى معين إلى مستوى آخر، وقد تكون مستمرة أو غير مستمرة، ونقصد بالمدخلات فى بحثنا الطلاب الذين يتقدمون لكلية الخدمة الاجتماعية بسماتهم (الجسمية، النفسية، العقلية) واستعدادهم الشخصى لممارسة المهنة والذى يعد أحد المحاور الأساسية للإعداد المهنى، كذلك لائحة الكلية، الموارد البشرية والمادية... إلخ.

ب- العمليات التحويلية Through puts:

وهى تختص بالعمليات والأنشطة الهادفة المرتبطة بالإعداد المهنى للطلاب وتعمل على تكوين الشخصية المهنية للأخصائى الاجتماعى وذلك بتعليم الطلاب

أساسيات المهنة وإكسابهم الاتجاهات السليمة فى مجال التفاعل الوظيفى، فالإعداد المهنى أداة لا غنى عنها لكل من المجتمع، منتجى المعرفة (الأكاديميين).

مستهلكى المعرفة (الممارسين)، فهو العملية التعليمية التى تعمل على دعم الطلاب بالخبرات أو التجارب التعليمية؛ وذلك من خلال العمل على إكسابهم المهارة الفنية من خلال الحصول على المعرفة والإدراك الفنى لممارسة المهنة وكذلك العمل على إكسابهم المهارة الاجتماعية وتبنى أهداف الممارسة المهنية، وهو العملية التى تتضمن تزويد الطلاب بالحقائق والنظريات والمهارات والاتجاهات الضرورية لممارسة مهنية تتسم بالكفاءة والفعالية، وعلى ذلك يعرف الإعداد المهنى: «بأنه الاهتمام باختيار أفضل العناصر الصالحة لدراسة الخدمة الاجتماعية وإكسابهم القدرة على التعامل من خلال عمليتى الإعداد النظرى، والإعداد العملى».

وعلى ذلك تتضمن عملية الإعداد المهنى لطلاب الخدمة الاجتماعية المحاور الأساسية الآتية:

١- **الاستعداد الشخصى**: أو الخاص بممارسة المهنة ويتم التحقق من ذلك من خلال اختيار الطلاب الصالحين لممارسة المهنة.

٢- **الإعداد النظرى**: وذلك من خلال إمداد الطالب بمجموعة من المواد المهنية للخدمة الاجتماعية وكذلك مجموعة من المواد التأسيسية وهى المواد المرتبطة بالعلوم الاجتماعية والإنسانية.

٣- **الإعداد العملى**: أو التدريب الميدانى، وهو عملية إمداد الطلاب بالخبرة العملية بدرجة كافية تحت إشراف مهنى مباشر لكى تصقل استعداداته وقدراته وتنضج حساسيته المهنية فى عالم الواقع، وهذا التدريب يتم فى المؤسسات الاجتماعية المختلفة والتى منها مؤسسات رعاية المعوقين لتطبيق ما تم تعلمه نظرياً.

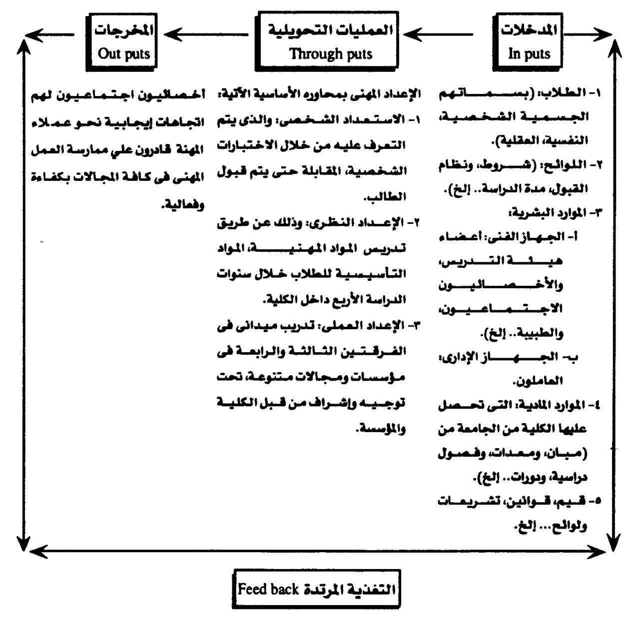
وهو يبدأ فى الكلية من الفرقة الثالثة تحت إشراف أكاديمي ومؤسسى مشترك.

هذه العمليات والأنشطة (الإعداد المهنى) هى التى تحول المدخلات (الطلاب) إلى (إخصائيين اجتماعيين) وتبعا لدرجة كفاءة هذه العمليات والأنشطة ينتج عنها مخرجات تختلف فى جودتها.

جـ- المخرجات out puts

وهى سلسلة الإنجازات والنـتائج المتحقـقة من العملـيات والأنشطة بمعنى أن المخرجات هى نتاج عمل النسق الذى يتبلور فى أنماط وأشكال مختلفة تمثل ما يقدم النسق للبيئة فى صورة مخرجات (أخصـائيين اجتماعيين لهم اتجاهات إيجابية نحو عملاء المهنة، قادرين على ممارسة العمل المهنى فى كافة المجالات بكفاءة وفعالية).

تحليل الإعداد المهنى لطلاب كلية الخدمة الاجتماعية فى ضوء نظرية النسق المفتوح



اتجاهات طلاب كلية الخدمة الاجتماعية نحو المعاقين:

أ- مفهوم الاتجاهات:

يعرف الاتجاه بأنه رد فعل مكتسب أو متعلم يتكون ضد بعض الأشياء أو الأشخاص ويوجه كل أنماط السلوك ويرتبط بمجموعة من القيم قد تكون إيجابية أو سلبية. وعلى ذلك فالاتجاهات محددات موجهة ضابطة منظمة للسلوك الاجتماعي، والاتجاهات إما أن تساعد على ترابط المجتمع وتماسكه وإما أن تساعد على تفككه وعرقلة تقدمه. كذلك تعرف الاتجاهات بأنها: «استعداد وجدانى مكتسب ثابت نسبيا يحدد شعور الفرد وسلوكه إزاء موضوعات معينة من حيث تفضيلها وعدم تفضيلها، كما أنها «تنظيم نفسى مستقر للعمليات الإدراكية والمعرفية والوجدانية لدى الفرد ويسهم فى تحديد الشكل النهائى للاستجابة الصادرة نحو الأشياء والأشخاص. . إلخ أى أن الاتجاهات تتشكل من مجموعة من المكونات الآتية والتى تتمثل عناصر المقياس (أداة البحث):

أ- **الجانب المعرفى**: ويتضمن معتقدات الفرد ومعرفته نحو الأشياء المتعلقة بالمعاقين.

ب- **الجانب العاطفى**: ويعنى النواحى العاطفية والوجدانية التى تتعلق بالشىء.

جـ- **الجانب السلوكى أو العملى**: ويتضمن جميع الاستعدادات السلوكية المرتبطة بالاتجاه.

وللاتجاهات خصائص منها: أنها تكتسب وتعلم، كما أنها تنمو بالخبرات، معنى ذلك أنه يمكن إعادة اكتسابها وتعلمها وأنه يمكن تغييرها وتؤثر فى السلوك. ومن أهم الشروط التى ينبغى أن تتوفر حتى ينجح تعديل الاتجاهات: توافر الدافع لتعلم الاتجاه الجديد، وإدراك الفرد للاتجاه الجديد وتفهم أبعاده، وخلق الظروف والمجالات وإتاحة الفرص لممارسة الاتجاه الجديد.

ب- مفهوم المعاقين:

يطلق مصطلح معاق على من تعوقه قدراته الخاصة عن النمو السوى إلا بمساعدة خاصة. وهو لفظيا مشتق من الإعاقة أى التأخير أو التعويق.

والإعاقة تعنى ذلك النقص أو القصور الذى يؤثر على قدرات الفرد فيصير معوقا، سواء كانت الإعاقة جسمية أو حسية أو عقلية أو اجتماعية، الأمر الذى يحول بين الفرد وبين الاستفادة الكاملة من الخبرات التعليمية والمهنية والتى يستطيع الفرد العادى الاستفادة منها، كما تحول بينه وبين المنافسة المتكافئة مع غيره من الأفراد العاديين فى المجتمع، ولذا فهو فى حاجة إلى نوع خاص من البرامج لتنمية قدراته رغم قصورها وإعادة تدريبه وتأهيله حتى يستطيع أن يعيش ويتكيف مع مجتمع العاديين بقدر المستطاع ويندمج معهم فى الحياة التى هى حق طبيعى للمعاق.

تصنيف المعاقين: توجد العديد من التصنيفات للمعاقين منها التصنيف الآتى:

١- **المعاقون عقليا:** وتضم فئتين متناقضتين إحداهما: المتفوقون عقليا، والأخرى المتخلفون عقليا.

٢- **المعاقون جسميا:** وتضم المعاقين بصريا، والمعاقين سمعيا، والمقعدين والمشوهين، والمرضى المزمنون.

٣- **المعاقون اجتماعيا:** وتضم المعاقين سلوكيا واجتماعيا.

٤- **المعاقون انفعاليا:** وتضم من يتسم سلوكهم بصفة عامة بالحساسية الانفعالية والاندفاعية.

ومن وجهة نظر الباحثة فإنها تصنف فئات المعاقين إلى:

١- معاقين عقليا: وتنقسم إلى فئتين:

أ- إيجابيا: مثل المتفوقين، المبدعين.

ب- سلبيا: مثل المتخلفين عقليا.

٢- معاقين جسميا: وتنقسم إلى:

أ- أصحاب عجز ظاهر: مثل مبتورى الأطراف، ومرضى شلل الأطفال.

ب- **أصحاب عجز غير ظاهر**: مثل مرضى الأمراض المزمنة، كالسرطان، الفشل الكلوى، السكر . . إلخ.

٣- **المعاقين جسياً**: مثل المكفوفين، والصم، والبكم.

٤- **المعاقين نفسيا**: مثل: المرضى بالأمراض النفسية.

٥- **المعاقين اجتماعيا**: وهم الخارجون على القانون مثل: الأحداث المنحرفون، ونزلاء السجون، والمدمنين. . إلخ.

وهذا، وتعتبر جميع الفئات سالفة الذكر فئات خاصة من الناحية السلبية فيما عدا المتفوقين الذين لم تشملهم الدراسة، وعلى ذلك يعرف الاتجاه نحو المعاقين فى هذه الدراسة بأنه «مجموع استجابات الفرد للمواقف المختلفة والتى يتضمنها المقياس المستخدم».

سادساً: الإطار المنهجى للبحث

نوع الدراسة:

تعد هذه الدراسة من الدراسات الوصفية التى تهدف إلى دراسة خصائص معينة أو موقف يغلب عليه التحديد، كما أنها تستهدف وصف اتجاهات طلاب كلية الخدمة الاجتماعية مجتمع البحث نحو المعاقين، كما تهتم بتوضيح وتحديد العلاقة الوظيفية بين المتغيرات المتضمنة فى الفروض.

منهج الدراسة:

تعتمد الدراسة على منهج المسح الاجتماعى عن طريق العينة وذلك لأنه يرتبط ارتباطا وثيقا بكل من موضوع البحث وأهدافه، وأنه يعتمد على الاتصال المباشر بالناس أو بعينة منهم، كما أنه يعد محاولة منظمة لتقرير وتحليل وتفسير الوضع الراهن لنظام اجتماعى أو جماعة أو بيئة معينة، وذلك للاستفادة منها فى المستقبل.

مجالات الدراسة:

أ- **المجال المكانى**: كلية الخدمة الاجتماعية - جامعة حلوان.

ب- **المجال البشرى**: طلاب كلية الخدمة الاجتماعية - جامعة حلوان.

العينة وطريقة اختيارها:

لقياس علاقـة الإعداد المهنى باتجاهات طلاب كلية الخدمة الاجتمـاعية نحو المعاقـين تمت المقارنة بين طلاب الفـرقة الأولى (انتظام) فى العام الجـامعى ٩٤ - ١٩٩٥ بعد إجراء الاختـبارات الشخصيـة عليهم وتوزيعهم إلى مجمـوعات وقبل حصولهم على أية إعـداد (نظرى، عملى)، وبين طلاب الفرقة الرابعة بعـد انتهاء إعدادهم فى العـام الجامـعى ٩٣ - ١٩٩٤ وذلك على افتـراض أن المدخلات فى الحالتين واحدة بمعنى أن:

١- نوعـية الطلاب وسـماتهم لم تخـتلف بين طلاب الفرقـتين (الرابـعة، والأولى) حيث إن نظام القـبول بالكلية لم يخـتلف، فلا يزال يتم من خلال النسبة المئوية لدرجات الطلاب فـى الثانوية العامة التى كانت وما تزال تتراوح بين (٦٠٪، ٧٠٪) بالإضافة إلى أن الاختبار الشخصى ما زال يتم عن طريق المقابلة.

٢- لائحة الكلية لم تتغير منذ ١٩٧٦ وحتى الآن أى أن المناهج التى تدرس بالكلية لم تختلف.

٣- الجهاز الفنى بالكليـة لم يختلف أى أعضاء هيئة التـدريس، الأخصائى الاجتـماعى، الطـبيبـة... إلخ وكذلك الجـهاز الإدارى أى العـاملين بالكلية.

٤- الموارد المادية المتمـثلة فى المبانى والوسائل التـعليميـة.. إلخ لم تختلف حتى بعـد انتقال بعض الفرق الدراسـية لمبنى الجامعـة بحلوان، فالمكان اتسع والأعداد تضاعفت.

٥- القيـم، القوانين، التـشريعات... إلـخ التى تعمل فى ظلهـا الجامـعة والكلية لم تختلف.

وعلى هذا فقد تم اختيار مجموعتين عشوائيا من طلاب الفرقة الرابعة البالغ عددهـم (٥١٠) طالبا وطالبـة فبلغت العـينة (٦٩) طالبا وطالبـة بنسـبة ١٣,٥٪ تقريبا، وكذلك عينة عشوائية متـمثلة فى مجموعة واحدة من طلاب الفرقة الأولى فبلغت (١٨٩) طالبا وطالبة بنسبة ١٣,٤٪ تقريباً من إجمالى طلاب الفرقة الأولى البالغ عددهم (١٤٢٠).

وبعد توزيع المقـياس لم ترد ثلاث (٣) استمارات من طـلاب الفرقة الأولى واستبعـاد (١٠) استمارات من استمارات طلاب الفرقـة الأولى، و (٣) استمارات من طلاب الفرقـة الرابعة لعـدم صلاحيـتهم، فبلغت عـينة طلاب الفرقـة الرابعة (٦٦)، وعينة طلاب الفرقة الأولى (١٧٦)، وعلى ذلك كـان إجمالى عينة طلاب الفرقة الرابعة والأولى (٢٤٢) طالبا وطالبة.

جـ- **المجال الزمنى:** تم جمع البيانات على فترتين الفترة الأولى: من الثلاثاء الموافق ٣ مايو إلى الثلاثاء الموافق ١٠ مايو ١٩٩٤، والفترة الثانية: من السبت الموافق ٥ نوفمبر إلى السبت الموافق ١٧ نوفمبر ١٩٩٤.

د- **أدوات جـمع البيـانات:** تحـددت أداة البحث فى: «مـقـياس اتجـاهات الطلاب نحو المعاقين» إعداد الباحثة، وقد مر تصميم المقياس بالخطوات الآتية:

إعداد فقرات المقـياس وأوزانها: وقد اعتـمد فى ذلك على الأساس النظرى السابق عـرضه وكذلك بمراجعـة بعض المقاييس المرتبطة بموضوع المقيـاس الحالى، ومن أهمهـا: مقياس اتجـاهات العاديين نحو المـتخلفين عقـليا، مقيـاس اتجاهات معلمى الـتربية الخـاصة نحـو الصم، استبـيان الاتجـاهات نحو المعاقـين مقـياس الاتجاهات نحو المعاقين، مقياس الاتجاه نحو العمل فى الصحراء.

تحديد أوزان المقـياس: بالنسبـة للفقرات الموجبـة حسبت أوزانها كـالتالى: موافق (٣)، إلى حـد ما (٢)، لا أوافق (١)، أمـا الفقرات السـالبة من المقـياس حسبت أوزانها كالتالى: لا أوافق (٣)، إلى حد ما (٢)، موافق (١).

اختـبار الفقرات المميـزة للمقـياس: حيث طبق المقياس بـعد خلط الفقرات بطريقة عشوائية منتظمة فى صورته المبـدئية على (٥) من أعضاء هيئة التدريس ممن لهم خبرة بمجـال رعاية المعاقين، وتم اختـيار الفقرات المميـزة أى التى تلقى قبولا بحصولها على الدرجة (٣) بنسبة ٦٠٪ واستبعدت الفقرات غير المميزة.

وفى ضوء ذلك صمـم المقياس متضـمنا (٦٢) فقرة وطرح للتأكـد من ثباته على (٢٠) طالبا وطالبـة، وبحساب معامـل ارتباط بيرسون، بين نصـفى المقياس اتضح أنه (٨٣.) وبالكشف فى جدول حدود الدلالة الإحصائية لمعاملات الارتباط اتضح أن:

ت (١٨, ٠١ .٠) = ٥٦١, ٠ وهذا يدل على وجود دلالة إحصائية عند مستوى معنوية ٠١, ٠ وبدرجة ثقة ٩٩٪ أى أن المقياس ثابت. ثم تم حساب الصدق الذاتى عن طريق حساب الجذر التربيعى لمعامل الثبات واتضح أنه (٩١١, ٠)، كذلك يعد الاعتماد على اختيار فقرات المقياس من الأساس النظرى والدراسات السابقة تعبيرا عن صدق محتوى المقياس.

هذا، ويتكون المقياس من (٦٢) عبارة موزعة على ثلاثة جوانب فرعية هى:

أ- الجانب المعرفى للاتجاه: ويتضمن الفقرات التالية:

١- توثر الإعاقة على قدرات الشخص.

٢- لا يستطيع المعاق الاستفادة الكاملة من الخدمات التعليمية والمهنية التى يستطيع الفرد العادى الاستفادة منها.

٣- تنتشر مؤسسات رعاية المعاقين فى جميع أنحاء البلاد.

٤- تؤثر الإعاقة على تكيف المعاق مع المجتمع.

٥- تؤدى الإعاقة بالفرد إلى اضطرابات نفسية سيئة.

٦- يستطيع المعاق الاعتماد على نفسه فى كل شىء.

٧- لا يترتب على الإعاقة أية آثار سلبية على المجتمع.

٨- لا تؤدى الإعاقة بالفرد إلى آثار اجتماعية سيئة.

٩- يستطيع المعاق ممارسة أى عمل يقوم به الشخص العادى.

١٠- المعاق هو من يعانى من قصور جسمى وعقلى فقط.

١١- يحتاج المعاقون لعمليات تأهيل خاصة.

١٢- للمعاق قدرات ومواهب يمكن استغلالها.

١٣- تنتج الإعاقة من عوامل وراثية وبيئية.

١٤- تتميز شخصية المعاق بالحساسية المفرطة.

١٥- تؤدى الإعاقة إلى عدم كفاية الشخص لأداء دوره الاقتصادى فى الحياة.

١٦- الاكتشاف المبكر للإعاقة يكون له أثر فى تحسن الحالة.

١٧- الإعاقة فى حد ذاتها لا تمنع الفرد من التفوق فى بعض المجالات.

١٨- يعد زواج الأقارب أحد العوامل الهامة المؤدية لظهور بعض الإعاقات.

١٩- بالرعاية والتوجيه يمكن أن يؤدى المعاق دوره فى الأسرة والمجتمع.

٢٠- ليس من المهم تقديم كافة الخدمات للمعاقين.

٢١- يمكن استغلال قدرات ومواهب المعاقين بحيث تفيدهم فى النمو والتفاعل.

٢١- يمكن استغلال قدرات ومواهب المعاقين بحيث تفيدهم فى النمو والتفاعل.

٢٢- تعمل الإعاقة على إعاقة توافق المعاق مع نفسه ومجتمعه.

٢٣- تكفل الدولة للمعاقين الحق فى العمل فى المؤسسات المختلفة.

٢٤- لا تقدم مؤسسات رعاية المعاقين مختلف الخدمات التى يحتاجونها.

ب- **الجانب الوجدانى للاتجاه:** ويتضمن الفقرات التالية:

١- أشعر بالضيق من التعامل مع المعاقين.

٢- لا أتقبل ما يصدر من المعاق من حركات زائده.

٣- أعتقد أن الأسرة يجب أن تخجل من وجود معاق لديها.

٤- وجود المعاقين فى حفلة أو رحلة لا يجلب سوى السخرية والحرج.

٥- أعتقد أن العاديين أحق بالرعاية من المعاقين.

٦- المعاقين يسببون متاعب كثيرة لمن يتعاملون معهم.

٧- أرحب بأن يكون لأسرتى علاقات اجتماعية مع أسرة أخرى فيها شخص معاق.

٨- المعاق إنسان يجب احترامه وتقديره.

٩- أشعر أن العمل مع المعاقين يستحق الأولوية فى الاهتمام.

١٠- يضايقنى منظر العجز أو النقص.

١١- احتياج المعاق للمساعدة لا يعنى إهدار كرامته.

١٢- أشعر بالضيق من نظرة بعض أفراد المجتمع السلبية نحو المعاقين.

١٣- أرى ضرورة الحد من إنشاء مؤسسات رعاية المعاقين.

١٤- أعتقد أن تجنب التعامل مع المعاقين عمل غير إنسانى.

١٥- أرى أن للمعاق حقه فى الحياة كغيره من البشر.

١٦- أعتقد أن المعاقين خطرون ويجب على الناس تحاشيهم.

١٧- أرى ضرورة عزل المعاقين عن العاديين.

١٨- يجب أن يحظى المعاقون بعطفنا واهتمامنا.

١٩- أعتقد أن المعاقين لا يجلبون إلا الشقاء والتعاسة للمجتمع.

٢٠- رعاية المعاقين حق لهم وواجب على المجتمع.

٢١- التعامل مع المعاقين أمر مستحيل ولا أطيقه.

٢٢- أعتقد أن التعامل مع العاديين أفضل من التعامل مع المعاقين.

جـ- **الجانب السلوكى للاتجاه:** ويتضمن الفقرات الآتية:

١- العمل فى مجال رعاية المعاقين ليس له مستقبل.

٢- أرى أن العمل مع فئات المعاقين لا يفيد المجتمع.

٣- العمل فى مجال رعاية المعاقين واجب دينى.

٤- أوافق على العمل فى مؤسسات رعاية المعاقين إذا طلب منى ذلك.

٥- ليس هناك سبب معقول يمنعنى من العمل فى مؤسسات رعاية المعاقين.

٦- العمل فى مؤسسات رعاية المعاقين يتطلب مجهودا كبيرا لا أستطيع القيام به.

٧- يجب أن نبذل كل ما فى وسعنا لتحقيق سعادة المعاقين.

٨- يجب على الشباب العمل فى مجالات أخرى غير رعاية المعاقين.

٩- يشرفنى أن أعمل فى مؤسسات رعاية المعاقين.

١٠- ربما لا أقبل العمل فى مؤسسات رعاية المعاقين إذا وجدته شاقا ومتعبا.

١١- أعتقد أن العائد المادى والأدبى من العمل فى مؤسسات رعاية المعاقين أقل مما سأبذله.

١٢- لن أعمل مع فئات المعاقين حتى لو لم أجد عملا آخر.

١٣- يفضل أن يعمل فى مجال رعاية المعاقين الأخصائيون الاجتماعيون من كبار السن.

١٤- أميل إلى العمل فى مؤسسات رعاية المعاقين بصفة مؤقتة لحين الحصول على عمل آخر.

١٥- أرى أن العمل مع فئات المعاقين لا يفيد المجتمع.

١٦- يسعدنى أن أتطوع لتقديم الخدمات المختلفة فى مجال رعاية المعاقين بدون أجر.

سابعاً: نتائج تطبيق الدراسة الميدانية

١- فيما يختص بالفرض الأول:

«لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الإعداد المهنى واتجاهات الطلاب (مجتمع البحث) نحو المعاقين».

وتتحقق صحة هذا الفرض باختبار صحة الفروض الفرعية التالية:

أ- «لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الإعداد المهنى والجانب المعرفى لاتجاهات الطلاب نحو المعاقين».

ب- «لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الإعداد المهنى والجانب الوجدانى لاتجاهات الطلاب نحو المعاقين».

جـ- «لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الإعداد المهنى والجانب السلوكى لاتجاهات الطلاب نحو المعاقين».

وفى ضوء الدرجات الآتية:

أ- الجانب المعرفى للاتجاهات: قوى (٧٢)، متوسط (٤٨)، ضعيف(٢٤).

ب- الجانب الوجدانى للاتجاهات: قوى (٦٦)، متوسط (٤٤)، ضعيف (٢٢).

جـ- الجانب السلوكى للاتجاهات: قوى (٤٨)، متوسط (٣٢)، ضعيف (٦٢).

الدرجة الكلية: قوى (١٨٦). متوسط (١٢٤)، ضعيف (٦٢).

تم اختبار صحة هذا الفرض ثم حساب متوسطات درجات أفراد عينة البحث على الجوانب الفرعية الثلاثة للمقياس كل على حدة والدرجة الكلية لمقياس الاتجاه لكل فرقة وانحرافاتها المعيارية، ثم تم إجراء تحليل التباين للفرقتين على الأبعاد الثلاثة للمقياس وفى الدرجة الكلية كما يوضحها الجدول التالى:

جدول رقم (١)

يوضح نتائج متوسطات درجات اتجاهات الفرقتين (الرابعة، الأولى) تبعا للأبعاد الثلاثة للمقياس والدرجة الكلية، وانحرافاتها المعيارية

ودلالة الفروق (ن = ٢٤٢)

أبعاد المقياس	الفرقة الدراسية	ن	م	ع	قيمة ت	مستوى الدلالة
أ- الجانب الوجدانى للاتجاهات	الرابعة	٦٦	٥٦,٧١	٨,٤٦	٢,٥	دال
	الأولى	١٧٦	٤٩,٧٧	٦,٦٢		
ب- الجانب السلوكى للاتجاهات	الرابعة	٦٦	٥١,٢٧	٩,٢٤	٣,٩٧	دال
	الأولى	١٧٦	٤٦,٤٣	٥,٨٢		
جـ- الجانب المعرفى للاتجاهات	الرابعة	٦٦	٣٥,٩٤	٩,٤٥	٣,٥٥	دال
	الأولى	١٧٦	٩٢,٩١	٧,٨١		
الدرجة الكلية	الرابعة	٦٩	١٤٣,٩٢	١٤,٤٠	٤,٩٧	دال
	الأولى	١٧٦	١٢٦,١١	٨,٨١		

يوضح الجدول السابق أن المتوسط الحسابى لدرجات الفرقة الرابعة أعلى من المتوسط الحسابى لدرجات طلاب الفرقة الأولى على جميع أبعاد المقياس وكذلك فى الدرجة الكلية للمقياس لصالح طلاب الفرقة الرابعة. وحيثما كانت قيمة «ت» الجدولية عند ت (٠,٠١ ، ٢٤٠) = ٠,١٤٨ < من ت المحسوبة فى جميع الحالات، أى أنه توجد فروق دالة إحصائيا عند مستوى ٠,٠١ بين متوسطى درجات طلاب من الفرقة الرابعة، والفرقة الأولى فى جميع أبعاد المقياس ككل (مقياس الاتجاه نحو رعاية المعاقين) لصالح طلاب الفرقة الرابعة أى أن اتجاهات طلاب الفرقة الرابعة أكثر إيجابية من اتجاهات طلاب الفرقة الأولى. وفى ضوء النتائج السابقة نرفض فرض الدراسة الأول بفروضه الفرعية الثلاثة ونقبل الفرض البديل القائل:

« توجد علاقة دالة إحصائيا بين الإعداد المهنى واتجاهات طلاب كلية الخدمة الاجتماعية نحو المعاقين».

وكذلك الفروض الفرعية البديلة القائلة:

أ- «توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الإعداد المهنى والجانب المعرفى لاتجاهات الطلاب نحو المعاقين».

ب- «توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الإعداد المهنى والجانب الوجدانى لاتجاهات الطلاب نحو المعاقين».

جـ- «توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الإعداد المهنى والجانب السلوكى لاتجاهات الطلاب نحو المعاقين».

٢- اختبار صحة فرض الدراسة الثانى:

تفترض الباحثة أنه: «لا يوجد ارتباط دال إحصائيا بين تدرب الطلاب (مجتمع البحث) فى مجال رعاية المعاقين واتجاهاتهم نحو المعاقين».

وتتحقق صحة هذا الفرض باختبار صحة الفروض الفرعية التالية:

أ- «لا توجد علاقة بين تدريب الطلاب فى مجال رعاية المعاقين والجانب المعرفى لاتجاهاتهم نحو المعاقين».

ب- «لا توجد علاقة بين تدريب الطلاب فى مجـال رعاية المعاقين والجانب الوجدانى لاتجاهاتهم نحو المعاقين».

جـ- «لا توجد علاقة بين تدريب الطلاب فى مجـال رعاية المعاقين والجانب السلوكى لاتجاهاتهم نحو المعاقين».

ولاختبـار صحة هذا الفرض تم حسـاب المتوسطات الحسابيـة والانحرافات المعيـارية لدرجات الطلاب الذين حـصلوا على تدريب فى مجـال رعاية المعـاقين والطلاب الذين لم يتدربوا فى هذا المجـال، ثم حساب قيـمة ت لدرجات الطلاب على الأبعاد المختلفة للمقياس كل على حـدة والدرجة الكلية فحصلنا على النتائج الموضحة فى الجدول التالى:

جدول رقم (٢)

يوضح متوسطات درجات اتجاهات كل من الطلاب الذين حصلوا على تدريب فى مجال رعاية المعاقين ومن لم يتدربوا فى هذا المجال تبعا للأبعاد الفرعية للمقياس والدرجة الكلية له وانحرافاتها المعيارية ودلالة الفروق

ابعاد المقياس	من حصلوا على تدريب في مجال رعاية المعاقين ن = ١٤		من لم يتدربوا في مجال رعاية المعاقين ن = ٥٢		قيمة ت	مستوى الدلالة
	م	ع	م	ع		
أ-الجانب المعرفى للاتجاهات	٥٧,٤٨	٥,٥٤	٥٥,٩٥	٥,٢٥	,٩٢٨	دال
ب-الجانب الوجدانى للاتجاهات	٥٥,٥٠	٩,٦٢	٤٧,٠٤	٦,٦٨	٣,٠٩٦	دال
جـ- الجانب السلوكى للاتجاهات	٤١,٣٧	٧,٢٢	٣٠,٥٢	٦,٤٢	٥,١١	دال
الدرجة الكلية	١٥٤,٣٥	٩,٨١	١٣٣,٥١	١٠,٣٣	٢,٣٣	دال

من الجدول السـابق يتضح أن المتوسط الحسـابى للطلاب الذين حصلوا على تدريب مـيدانى فى مـجال رعـاية المعاقـين أعلى من المتوسط الحـسابى لـدرجات الطلاب الذين لم يتدربوا فى هذا المجـال على جميع أبعاد المقيـاس وإن كان الفرق

منخفضا فى الجانب المعرفى ومتوسطا فى الجانب الوجدانى، ويرتفع هذا الفرق فى البعد الثالث الخاص بالجانب السلوكى كذلك فى الدرجة الكلية للمقياس لهما، وذلك فى ضوء درجات المقياس السابق ذكرها فى اختبار الفرض الأول.

ولكى يمكن حساب دلالة الفروق سالفة الذكر فقد تم حساب ت عند مستوى معنوية ٠١. فاتضح أن ت (٦٤، ٠١.) = ٣٢٥,٠.

وبما أن ت المحسوبة > من ت الجدولية فى جميع الحالات. وفى ضوء النتائج السابقة نرفض فرض الدراسة الثانى ونقبل الفرض البديل القائل:

«يوجد ارتباط دال إحصائيا بين تدريب الطلاب (مجتمع البحث) فى مجال رعاية المعاقين واتجاههم نحو المعاقين».

وكذلك الفروض الفرعية البديلة القائلة:

أ- «توجد علاقة بين تدريب الطلاب فى مجال رعاية المعاقين والجانب المعرفى لاتجاهاتهم نحو المعاقين».

ب- «توجد علاقة بنى تدريب الطلاب فى مجال رعاية المعاقين والجانب الوجدانى لاتجاهاتهم نحو المعاقين».

جـ- «توجد علاقة بين تدريب الطلاب فى مجال رعاية المعاقين والجانب السلوكى لاتجاهاتهم نحو المعاقين».

ثامناً: مناقشة نتائج الدراسة:

أوضحت الدراسة الميدانية أن متوسط الدرجة الكلية لطلاب الفرقة الرابعة على مقياس الاتجاهات نحو المعاقين هى (١٤٣,٩٢) بينما أسفرت نتائج عبد المطلب القريطى عن متوسط درجاتهم فكانت (١٣٩,٦٠) وهى درجة متقاربة خاصة إذا علمنا أن درجات المقياس الحالى هى (١٨٦، ١٢٤، ٦٢) بينما درجات مقياس القريطى (١٨٠، ١٢٠، ٦٠).

وقد أثار القريطى الشك حول مدى فعالية الإعداد المهنى لطلاب الكلية نظراً لأن متوسط درجات طلاب الكلية كانت أقل من متوسط درجات كل من طلاب

كليتى التربية، التجارة بجامعة حلوان، لكن نتائج الدراسة أوضحت أن الإعداد المهنى يزيد من الاتجاهات الإيجابية للطلاب نحو المعاقين حيث كانت درجة الطلاب قبل الإعداد المهنى (اتجاهات طلاب الفرقة الأولى) ١١, ١٢٦، ودرجة الطلاب بعد الإعداد المهنى (اتجاهات طلاب الفرقة الرابعة) ٩٢, ١٤٣.

وتتفق هذه النتيجة مع بعض نتائج الدراسات السابقة ومنها دراسة chapman والتى بينت أن اتجاهات المعلمين نحو الطلاب المعاقين تكون أكثر إيجابية بالإعداد المهنى، ودراسة صالح هارون التى أوضحت أن الإعداد التربوى يؤدى إلى زيادة إيجابية فى اتجاهات المعلمين والمعلمات نحو المتخلفين عقليا، وكذلك مع دراسة frank التى أظهرت نتائجها أن اتجاهات المعلمين نحو الطلاب المعاقين تكون أكثر إيجابية بالإعداد المهنى. بينما لم تتفق مع دراسة Alexander التى أثبتت أن الاتجاهات الإيجابية نحو المعاقين لا تزداد بالإعداد المهنى.

وعلى الرغم من أن نتائج الدراسة أوضحت «أن الإعداد المهنى يزيد من الاتجاهات الإيجابية للطلاب نحو المعاقين»، مما يزيل الشك نحو فعالية الإعداد المهنى، لكنه من ناحية أخرى يؤكد على ضرورة الاهتمام بهذا الإعداد؛ نظرا لأن متوسط درجة الطلاب على المقياس ليست مرتفعة مما يؤكد على ضرورة الاهتمام بهذا الإعداد بجوانبه الثلاثة:

١- الاستعداد الشخصى الخاص لممارسة المهنة.

٢- الإعداد النظرى.

٣- الإعداد العملى (التدريب الميدانى).

١- الاستعداد الشخصى الخاص لممارسة المهنة:

نرى ضرورة الاهتمام باختيار أفضل الطلاب الصالحين لممارسة المهنة حتى يكون لديهم الاستعداد الكافى لممارسة المهنة، وتؤكد الباحثة كما سبق أن أوضحت فى دراسات سابقة على ضرورة إعادة النظر فى شروط اختيار الطلاب وخاصة أن الدراسة الحالية أوضحت أن متوسط الدرجة الكلية لاتجاهات طلاب الفرقة الأولى (١١، ١٢٦) وأنه متوسط درجاتهم فى الجانب السلوكى للاتجاهات نحو المعاقين

ضعيفـة حيث بلغت (٢٩,٩١) فى حين متوسط درجات هذا البـعد على المقياس (٤٨، ٣٢، ١٦) بينما درجاتهم على الجانب المعـرفى والوجدانى كانتا (٤٩,٧٧، ٤٦,٤٣) على التوالى. وفى ضوء ما أسفرت عنه الدراسة بأن استعداد الأخصائى الاجتماعى للعمـل فى المجالات المختلفة تعتبر من الأمور التى تسـاعد على فعالية الممارسـة، ومن هذه الدراسات دراسة كل من ماهر أبو المعـاطى، وأحمد محـمد نصر التى أوضحتا أن الاستعداد للعمل فى مجال رعاية المعاقين يساعد على فعالية الممارسة ويحقق أهدافها.

٢- الإعداد النظرى:

سوف يكون تركيزنا على مقرر الفئـات الخاصة الذى يدرس فى الفرقة الثانية لأنه يرتبط ارتباطا مـباشرا بتكوين الاتجـاهات الإيجابية نحـو المعاقين وخـاصة أن التدريب فى مجـال رعاية المعاقين لا يتم لكل طلاب الكلية وأن نسـبة من يتدرب فى المجال تبلغ ٢٥٪ تقـريبا من إجمـالى طلاب الفرقة الرابعـة فقط، وعلى ذلك نرى ضرورة:

- إعادة النظر فى تـدريس المادة فى الفرقة الثـانية حين لـم يدرس الطلاب بعد طرق الخدمة الاجتماعية.
- التطوير المسـتمر للمـقرر بحـيث يساير التطور العلـمى مع استبـعاد الحـشو والتكرار.
- أن تدرس بعض الحالات أو المواقف من خلال المقرر.
- إشراك الطلاب فى جمع المادة العلمية وعدم اقتصار إشراكهم على الاستماع.
- زيارة بعض مؤسسات رعاية المعاقين ومعرفة أوجه نشاطاتها على الواقع.
- أن يتاح للطلاب الفرصـة للمناقشة والحوار مع النماذج الناجحـة من المعاقين فى مختلف المجالات.
- إجراء البحوث فى مجال رعاية المعاقين.
- يجب على أستاذ المادة أن يكون قدوة فى اتجاهـاته وقيمه نظرا لما له من تأثير على اتجاهات طلابه نحو المعاقين والتعامل معهم فى المستقبل.

- تنوع الوسائل التعليمية المساعدة لعرض المادة العلمية بما يساهم فى تثبيت المعارف وتكوين الجانب الوجدانى وزيادة اتجاهات الطلاب نحو العمل فى مؤسسات رعاية المعاقين.
- أن يقاس تحقيق المقرر لأهدافه فى ضوء ما تطبعه من آثار على الطلاب فى شكل تغير إيجابى فى اتجاهاتهم أو إكسابهم اتجاهات جديدة.
- أن يؤخذ فى الاعتبار أن الاتجاهات الإيجابية نحو المعاقين يجب أن تكون أحد أبعاد عملية تقويم الطلاب.

٣- الإعداد العملى (التدريب الميدانى):

أوضحت نتائج الدراسة أن التدريب الميدانى له أهمية فى تكوين وزيادة الاتجاهات الإيجابية نحو المعاقين خاصة بالنسبة للجانب السلوكى للاتجاهات، فالدراسة بينت أن متوسط درجة اتجاه الطلاب الذين حصلوا على تدريب ميدانى فى مجال رعاية المعاقين على هذا البعد (٤١,٣٧) بينما متوسط درجة من لم يتدربوا فى المجال (٣٠,٥٢)، أى أن اتجاههم ضعيف بالرغم من انتهاء إعدادهم المهنى، كذلك نستطيع المقارنة بين متوسط الدرجة الكلية لاتجاه من حصلوا على تدريب، بمن لم يحصلوا على تدريب فهى على التوالى (٥٣ و ١٥٤)، (١٣٣,٥١) وهى فروق أثبتت الدراسة دلالتها إحصائيا، لذا فنحن نرى:

- ضرورة إعادة توزيع طلاب الفرقة الثالثة على مجال رعاية المعاقين، مع المجال المدرسى الذى يتم توزيعهم كلهم عليه بالفعل.
- زيادة أعداد الطلاب التى تدرب فى مجال رعاية المعاقين مع التنوع فى المؤسسات التى ترعى أنواعا متعددة من الإعاقات.
- العمل على تزويد الطلاب بالخبرات أثناء التدريب العملى لما له من أثر على تكوين اتجاهات إيجابية نحو المعاقين.
- يجب أن يكون المشرف قدوة لطلابه فمنه يمتصون الاتجاهات الإيجابية والقيم وأساليب السلوك.
- يجب أن يكون المشرف على دراية وخبرة كافية لعملية الإشراف على الطلاب؛ فتدريب حديثى التخرج للطلاب قد يكون غير ذى جدوى خاصة إن لم يحصل المشرف نفسه على التدريب الجيد أثناء إعداده.

- الاهتمام بعملية التوجيه لما له من أهمية فى متابعة عملية الإشراف على التدريب والاستفادة من المؤسسات حتى من الجوانب السلبية فيها.
- عقد لقاءات دورية مع مشرفى المؤسسات التى يتم تدريب الطلاب فيها لضمان تعاونهم.
- عقد امتحان عملى فى نهاية التدريب الميدانى يبرز المهارات التى اكتسبها الطلاب من التدريب فى العمل مع المواقف المختلفة وبحث كيفية إجراء مثل هذه الاختبارات بموضوعية.
- إنشاء مكتب للتدريب الميدانى تكون له الإمكانيات الفنية، والإدارية، والمادية اللازمة للقيام بعملية توزيع الطلاب، ومتابعة التدريب، وتنظيم اللقاءات مع مشرفى المؤسسات.. إلى آخر العمليات المرتبطة بالتدريب الميدانى.

الفصل الثالث عشر

برنامج تدريبى لتحقيق التنمية المهنية وتحسين تفهم الأخصائيين الاجتماعيين العاملين فى مجال رعاية وتأهيل المعاقين لأدوارهم المهنية(*)

أولاً: تحدية مشكلة البحث.

ثانياً: أسباب اختيار مشكلة البحث.

ثالثاً: أهمية الدراسة.

رابعاً: أهداف الدراسة.

خامساً: البناء النظرى للدراسة.

سادساً: الإطار المنهجى للدراسة.

سابعاً: تقويم البرنامج التدريبى وعرض نتائج اختبار الفروض

ثامناً: مناقشة نتائج الدراسة.

تاسعاً: ملاحق الدراسة.

(*) بحث فى: المؤتمر العلمى للعلوم الاجتماعية، الجزء الثالث، (القاهرة، جامعة الأزهر، ٢٨ - ٣٠ يونيو ١٩٩٨).

أولاً: تحديد مشكلة البحث

يعد توفير برامج الرعاية الاجتماعية للمعاقين واجباً من واجبات المجتمع نحو مجموعة من أبنائه لحمايتهم من الانحراف وتجنباً لاستغلالهم من قبل المجرمين كوسائل لتنفيذ جرائمهم، وتحقيقاً للأهداف الإنسانية والاقتصادية والاجتماعية، ويعتمد نجاح تلك البرامج على إعداد العاملين فى المجال وعلى اتجاهاتهم الإيجابية تجاه المعاقين. لذا يجب الاهتمام بإعداد فريق العمل المهنى وذلك أثناء المرحلة الجامعية كل فى اختصاصه. ذلك لأن الإعداد المهنى يعمل على تزويد الطلاب بالمعارف والحقائق والنظريات والمهارات والاتجاهات الضرورية من أجل التوصل إلى ممارسة مهنية تتسم بالكفاءة والفعالية.

ونتيجة للتطور العلمى والتكنولوجى فى كافة المجالات وحتى إذا كانت الدراسة الجامعية كافية وجادة فإن التقادم يصيبها بسبب التطور المستمر، لذا فإن الحاجة لاكتساب الجديد فى المجال من المعلومات والمهارات تظل أيضاً دائمة. فما بالنا إذا كان الإعداد المهنى أثناء المرحلة الجامعية غير كاف لممارسة العمل المهنى فى مجال رعاية المعاقين، وتكشف لنا ذلك العديد من الدراسات منها:

دراسة «نوال المسيرى» ١٩٨٤، عن «المعوقات التى تواجه مراكز تدريب التثقيف الفكرى لرعاية الطفولة المتخلفة عقليا»، أوضحت فى نتائجها أن قصور أداء الأخصائى الاجتماعى فى المجال يعد أحد المعوقات الأساسية ويرجع ذلك لعدم كفاية الإعداد المهنى.

كذلك أظهرت دراسة «سعاد بسيونى» ١٩٨٦، أن من أبرز مشكلات تعليم الصم فى جمهورية مصر العربية، عدم كفاية الإعداد المهنى للعاملين فى المجال.

وأكدت على ذلك دراسة كل من «ماهر أبو المعاطى» ١٩٨٨، عن «دور الأخصائى الاجتماعى فى تحقيق الرعاية المتكاملة للمعاقين فاقدى الأطراف»، ودراسة «ملاك الرشيدى» ١٩٨٨ عن «المدخلات والمخرجات فى مراكز التثقيف الفكرى» وأظهرت احتياج الأخصائيين الاجتماعيين العاملين فى المجال للدورات

التدريبية المستمرة ليتحقق النمو المهني للأخصائيين الاجتماعيين وقيامهم بأداء وظائفهم على الوجه الأكمل، وزيادة كفاءة الأداء للمراكز ويحقق أهدافها. ودراسة «أحمد محمد نصر» ١٩٩١ عن «تقويم ممارسة الخدمة الاجتماعية مع الأطفال المتخلفين عقلياً، حيث أكد ٦٦.٦٧٪ من الأخصائيين الاجتماعيين عينة الدراسة عدم كفاية ما حصلوا عليه من مقررات دراسية تزود معارفهم بهذا المجال، وأوضحت نسبة ٧٦.٧٥٪ منهم أنهم لم يتدربوا فى المجال وأوصت الدراسة بضرورة تأهيل الأخصائيين الاجتماعيين قبل وأثناء التحاقهم بالعمل فى مجال رعاية المعاقين من خلال الدورات التدريبية المتخصصة.

أوضحت دراسة «عبد المطلب القريطى» ١٩٩٢، عن «اتجاهات طلاب الجامعة نحو المعاقين»، عدم كفاية الإعداد المهنى لتنمية اتجاهات طلاب الخدمة الاجتماعية نحو المعاقين. إلا أن الباحثة قامت عام ١٩٩٥، بدراسة عن «العلاقة بين الإعداد المهنى واتجاهات طلاب الخدمة الاجتماعية نحو المعاقين»، اتضح منها أن الإعداد المهنى يزيد من الاتجاهات الإيجابية للطلاب نحو المعاقين إلا أن درجة هذه الاتجاهات على المقياس متوسطة.

مما سبق يتضح عدم كفاية الإعداد المهنى للأخصائيين الاجتماعيين العاملين فى مجال رعاية المعاقين، وكان المتوقع أن يعمل الأخصائيون الاجتماعيون على ممارسة مناشط النمو المهنى الذاتى المستمر؛ ذلك لأن مجال العمل والمجتمع يحتاج إلى المهنيين من النوعية التى تسعى إلى التعلم والتطور، والنمو المهنى يمثل ذلك حاجة ضرورية فى ظل ظروفنا المعاصرة وما يواكبها من تغير ليتمكنوا من معرفة ما جد من تطور وتغير. ويرتفع الأداء المهنى إلى المستوى الفعال[١٤]، ولهذا يتطلب من ممارسى المنهة اتساع الأفق وكفاية المعلومات العامة والمعرفة العلمية للخدمة الاجتماعية، كما يجب عليهم إتقان المهارات المهنية الضرورية لأداء العمل مع الفهم والوعى الكامل لما يدور فى المجتمع، وكذلك عليهم المداومة على القراءة والاطلاع فيما يتعلق بممارسة المهنة، ولكى يكون سلوك الأخصائى مهنيا ينبغى عليه أيضاً أن يراعى فى نموه الشخصى فى مهنته تتبع الكتب والمجلات الجديدة فى ميدان عمله، كما يشترك بأبحاث فيها، وأن يشترك فى الاجتماعات والمؤتمرات والنقابات المهنية وينشط فيها.

إلا أن الدراسات أوضحت أن الأخصائيين الاجتماعيين لا يقومون بالجهد المطلوب للارتقاء بمعلوماتهم ومهاراتهم برفع مستوى أدائهم، وأكدت ذلك دراسة قامت بها الباحثة ١٩٩٥ عن «النمو المهنى المستمر للأخصائى الاجتماعى» حيث أوضحت نتائج الدراسة التى أجريت على الأخصائيين الاجتماعيين فى مجالات متعددة من بينها مجال رعاية المعاقين أن الأخصائيين الاجتماعيين عينة البحث لا يقومون بممارسة مناشط النمو المهنى المستمر، مما يؤثر على أدائهم المهنى ويفسر قصور هذا الأداء وعدم فعاليته. وأوصت الدراسة بضرورة إعادة النظر فى محتوى الإعداد المهنى للأخصائيين الاجتماعيين وتعاون مؤسسات عملهم مع نقابة المهن الاجتماعية، وجمعية الأخصائيين الاجتماعيين ومعاهد وكليات الخدمة الاجتماعية لتحقيق التنمية المهنية لهم.

وعلى ذلك لابد من إتاحة الفرص أمامهم للنمو المهنى بتوفير مصادره، وخاصة أن عينة الأخصائيين الاجتماعيين فى دراسة «نبيل صادق» أجمعوا على ضرورة الالتحاق بدورات تدريبية وأنهم فى حاجة لتزويدهم بالجديد من المعارف وإتاحة الفرص لتزويدهم بالخبرات وتنمية المهارات.

وأكدت ذلك الدراسات السابقة؛ ذلك لأن التدريب يولى اهتماماً بنمو المعارف والمهارات والاتجاهات، ليس فقط كوسيلة للتعامل مع ما هو كائن أيضاً لتوقع المستقبليات والتعامل معها.

ومن دراسات الخدمة الاجتماعية التى اهتمت بإعداد وتنفيذ وتقويم برامج تدريبية:

- دراسة «تشوينج وكانبا cheuing, canba» ١٩٩٢، عن تدريب بعض المتطوعين كأخصائيين اجتماعيين لرفع مستوى أدائهم، وتم إعداد وتنفيذ برنامج تدريبى يشتمل على المعارف والمهارات والاتجاهات المهنية وبتقييم البرنامج عن طريق القياس قبل وأثناء وبعد تنفيذ البرنامج اتضح تحسن أدائهم المهني أثناء البرنامج عنه قبل البرنامج وبعد البرنامج عنه قبل وأثناء تنفيذ البرنامج.

- ودراسة «رفيق الصعيدى» ١٩٩٤، عن «برنامج تدريبى لرفع كفاءة الأخصائى الاجتماعى بجهاز رعاية الشباب فى معاهد وكليات الخدمة

الاجتماعية»، وتوصلت الدراسة إلى أن البرنامج التدريبى أدى إلى زيادة مهارات وخبرات الأخصائيين الاجتماعيين وزيادة فعالية أدائهم فى العمل الفريقى.

- وأيضاً دراسة «فاطمة عبد الله» ١٩٩٥، عن «دور البرامج التدريبية فى رفع مستوى الأداء المهنى للأخصائية الاجتماعية»، وأوضحت نتائجها نجاح البرنامج التدريبى فى تحقيقه لأهدافه.

- وكذلك دراسة «إيمان أحمد موسى» ١٩٩٧، عن «العلاقة بين البرامج التنشيطية للأخصائيين الاجتماعيين بالوحدات العلاجية وزيادة أدائهم المهنى» وأوضحت نتائجها وجود علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين حصول الأخصائيين الاجتماعيين العاملين فى المجال الطبى على برنامج تدريبى تنشيطى وزيادة أدائهم المهنى فى الوحدات العلاجية.

- كما أوضحت دراسة «جمال شحاتة» ١٩٩٧، عن «العلاقة بين تطبيق برنامج تدريبى للأخصائيين الاجتماعيين وتنمية أدائهم المهنى»، وهى دراسة مطبقة فى مجال الدفاع الاجتماعى، أوضحت نتائجها نجاح البرنامج التدريبى فى تحقيق أهدافه.

ومن الواضح أن دراسات الخدمة الاجتماعية التى اهتمت بالبرامج التدريبية لم تتجه إحداهما إلى مجال رعاية وتأهيل المعاقين بينما اهتمت بها دراسات التربية، ومن الدراسات التى اهتمت بإعداد وتنفيذ وتقويم برامج تدريبية فى مجال رعاية المعاقين ما يلى:

- دراسة «نوريس Norris» لتعديل اتجاهات معلمى الفصول العادية نحو الأطفال غير العاديين من خلال برنامج تدريبى لمدة ثلاثين يوماً، وأوضحت نتائجها أن اتجاهات المعلمين نحو الأطفال غير العاديين أصبحت أكثر تقبلاً وواقعية.

- ودراسة «فنتون Fenton» التى قام فيها بعقد مقارنة بين أربعة برامج تدريبية فى زيادة معلومات المعلمين وتنمية اتجاهاتهم الإيجابية نحو التلاميذ المعاقين، وأجرى عليهم اختبارا قبلياً وبعدياً لقياس نوعية ما لديهم من اتجاهات وما لديهم من معلومات وأظهرت دراسته عدم فعالية برامج التدريب الأربع فى تحقيق أهدافها.

وأيضاً دراسة «شابمان Chapman» لدراسة أثر برنامج تدريبي انفرادى مكثف أثناء الخدمة على اتجاهات وشخصية ومعارف المعلمين تجاه الأطفال غير العاديين، وأوضحت نتائجها أن البرنامج يعتبر ناجحاً إذ أدى إلى تغييرات إيجابية ذات دلالة فى معارف واتجاهات المعلمين تجاه الأطفال غير العاديين.

وتهتم جمهورية مصر العربية برعاية المعاقين وتأهيلهم، وتعمل على إزالة كل المعوقات التى تعرقل المعاق عن أداء دوره، ومن هذا الاهتمام قيام المجلس القومى للطفولة والأمومة بمشروع رعاية الأطفال متحدى الإعاقة فقامت بإجراء متكاملة لظاهرة العجز بين الأطفال (< ١٥سنة) فى محافظات كل من أسوان، وكفر الشيخ والقاهرة الكبرى اتضح منها احتياج فريق العمل المهنى فى مجال رعاية المعاقين إلى الدورات التدريبية لتحقيق التنمية لهم كل فى مجال تخصصه.

واستعانت بالباحثة لإعداد البرنامج التدريبى والمشاركة فى تنفيذه لتحقيق التنمية المهنية وتحسين أداء الأخصائيين الاجتماعيين العاملين فى مجال رعاية وتأهيل المعاقين، بحيث يتم تطبيقه فى البداية على عينة مختارة من الأخصائيين الاجتماعيين العاملين فى المجال فى المحافظات التى أجرى البحث عليها، كخطوة تجريبية ثم تقييمه وإجراء التعديلات اللازمة عليه وتعميمه على جميع الأخصائيين الاجتماعيين العاملين فى مجال رعاية المعاقين على مستوى الجمهورية، وعلى ذلك تحددت مشكلة البحث فى: تصميم وتنفيذ وتقويم.

«برنامج تدريبى لتحقيق التنمية المهنية وتحسين أداء الأخصائيين الاجتماعيين العاملين فى مجال رعاية المعاقين لأدوارهم المهنية».

ثانياً: أسباب اختيار مشكلة البحث

- استعانة المجلس القومى للطفولة والأمومة بالباحثة لإعداد البرنامج التدريبى والمشاركة فى تنفيذه.
- الأخصائيون الاجتماعيون العاملون فى مجال رعاية المعاقين هم ممارسو المهنة، ومسئولية تنميتهم مهنيا، وتحسين أدائهم الاجتماعى من مسئوليات الكليات المتخصصة (كلية الخدمة الاجتماعية) بالجامعة.

- إن العمل على تحقيق التنمية المهنية وتحسين أداء الأخصائيين الاجتماعيين لأدوارهم المهنية فى مجال رعاية وتأهيل المعاقين يسهم فى تحقيق أهداف الرعاية الاجتماعية للمعاقين وتحقيق أهداف المجتمع ورفع مكانة المهنة فى المجتمع.
- الاهتمام الشخصى للباحثة بمجال رعاية المعاقين حيث تقوم بتدريس مقرر «الخدمة الاجتماعية ورعاية الفئات الخاصة»، ومساهمتها فى تطوير المقرر لأكثر من عشرين عاماً وتدريبها لطلاب الكلية فى المجال، بالإضافة إلى اهتمامها بإجراء البحوث فى مجال رعاية المعاقين.

ثالثاً: أهمية الدراسة

تكمن أهمية هذا البحث فى أنه يتعدى البحوث الوصفية والتقويمية للأخصائيين الاجتماعيين العاملين فى مجال رعاية وتأهيل المعاقين إلى التأثير الفعلى لتنميتهم مهنياً وتحسين تفهم أدائهم لأدوارهم المهنية فى مجال العمل. وذلك من خلال إعداد البرنامج المناسب لذلك وتطبيقه وتقويمه. ولا يعنى هذا أن البرنامج يخلو من أية مثالب أو عيوب بل يعنى أنه محاولة على طريق التعديل والتأثير.

ولذلك يعتبر هذا البرنامج نموذجاً مصغراً لما يمكن أن يحدث على الصعيد القومى شريطة أن يستفاد من التغذية المرتجعة، لتحسين وتطوير البرامج التى تأتى من بعده وصولاً إلى أفضل البرامج فى إحداث التعديل المطلوب، ويعتبر هذا المدخل من المداخل الهامة فى الدول النامية بصفة خاصة.

رابعاً: أهداف الدراسة

- تصميم برنامج تدريبى للأخصائيين الاجتماعيين فى مؤسسات رعاية المعاقين والمشاركة فى إعداد ومراجعة الكتيب الذى يتضمن المحتوى النظرى للبرنامج، وتنفيذه.
- تحديد العلاقة بين تطبيق البرنامج التدريبى وتحقيق التنمية المهنية للأخصائيين الاجتماعيين العاملين فى مجال رعاية المعاقين عينة البحث.

- توضيح العلاقة بين تطبيق البرنامج التدريبى وتحسين تفهم الاخصائيين الاجتماعيين العاملين فى مجال رعاية المعاقين عينة البحث لأدوارهم المهنية.
- تقويم البرنامج التدريبى والتعرف على جوانب القصور فيه.

خامساً: البناء النظرى للدراسة

أولاً: تحليل البرنامج التدريبى فى ضوء نظرية النسق المفتوح:

نظرية الأنساق المفتوحة:

يعرف النسق الاجتماعى بأنه شبكة من العلاقات بين الأفراد والجماعات وأنه مجموعة من الفاعلين (أفراد أو جماعات أو مجتمعات) تنظم بينها علاقات اجتماعية مستقرة، والتفاعل الاجتماعى بين الفاعلين تحكمه مجموعة من العناصر، والنسق الاجتماعى المفتوح هو هذا النموذج ذو المدخلات والمخرجات.

مكونات الأنساق المفتوحة:

تتكون الأنساق المفتوحة من ثلاثة أجزاء رئيسية ترتبط معاً فى تكامل وثيق ولكل من هذه الأجزاء أهمية كاملة ليؤدى النسق وظيفته على أكمل وجه. هذا وسوف نقوم بتوضيح تلك المكونات على موضوع بحثنا كما يلى:

أ- المدخلات In puts

وهى تختلف حسب طبيعة النسق (البرنامج والأهداف) التى يسعى إليها والانشطة التى يختص بها، وهى التى تستثير حركة المتدربين وتنتقل بها من مستوى معين إلى مستوى آخر، وقد تكون مستمرة أو غير مستمرة. ونقصد بالمدخلات فى بحثنا الاخصائيين الاجتماعيين العاملين فى مجال رعاية وتأهيل المعاقين (عينة البحث) بخصائصهم ومستواهم المهنى ومستوى تفهمهم لأدوارهم المهنية واحتياجاتهم التدريبية، والموارد البشرية والمادية، والهيئة المشرفة على البرنامج... إلخ.

ب- العمليات التحويلية Through puts

وهى تختص بالعمليات والأنشطة الهادفة المرتبطة بالبرنامج التدريبى للأخصائيين الاجتماعيين العاملين فى مجال رعاية وتأهيل المعاقين، وهو يهدف

إلى رفع كفاءتهم من خلال صقل قدراتهم وتنمية مهاراتهم واتجاهاتهم الإيجابية نحو المعاقين، وتزويدهم بالمعلومات. بالإضافة إلى تحسين طرق وأساليب أدائهم لأدوارهم، وتمكينهم من مسايرة التقدم العلمى والإلمام بأساليب العمل الحديثة.

ويمر البرنامج التدريبى بالمراحل أو العمليات التالية:

١- قياس الاحتياجات التدريبية.

٢- تحديد الأهداف وتصميم محتوى البرنامج.

٣- تنفيذ البرنامج.

٤- تقويم مدى وفاء البرنامج بالهدف.

٥- تحديد الفائدة الناتجة عن البرنامج.

١- قياس الاحتياجات التدريبية:

ويقصد بالإحتياجات التدريبية مجموعة التغييرات والتطويرات المطلوب إحداثها فى معلومات ومهارات واتجاهات العاملين بقصد التغلب على المشكلات الخاصة بالعمل التى تحول دون تحقيق الأهداف المنشودة!!. هذا، وقد تم تحديد الاحتياجات التدريبية من خلال:

تحليل التنظيم:

وتم ذلك من خلال الاطلاع على ملخص الدراسة التى قام بها المجلس القومى للطفولة والأمومة، والتى أوضحت ضرورة التدريب، ونوع التدريب المطلوب وذلك من خلال البيانات والمعلومات التى أوضحت واقع المؤسسات والأداء المهنى فى مجال رعاية وتأهيل المعاقين وأوجه القصور فيها والتعديلات المطلوب إجراؤها لزيادة كفاءة هذه المنظمات فى تحقيقها لأهدافها، وهو ما يسمى بتحليل التنظيم أو المنظمات(٣٩). تم تحديد ذلك من خلال عقد اجتماعات متعددة لمجموعة عمل الفريق التربوى والنفسى والاجتماعى والهيئة القائمة على المشروع فى المجلس وذلك فى يوم الثلاثاء الموافق ٣٠ / ١٢ / ١٩٩٨ فى تمام الساعة الثانية عشر صباحاً، ويوم الأحد ٨ / يناير / ١٩٩٨ فى تمام الساعة العاشرة والنصف صباحاً بمقر المجلس.

تحليل العمل:

وهو يساعد فى تحديد أهداف التدريب، ويحدد محتوياته من معلومات ومعارف ومهارات واتجاهات مطلوبة لقيام الأخصائيين الاجتماعيين بأدوارهم المهنية فى المجال، بالإضافة إلى تحديد أدوات القياس اللازمة لتقويمه. وقد قامت الباحثة بتحليل العمل عن طريق:

-تحليل البيانات المتوفرة عن الوظيفة ومحتوياتها وواجباتها ومسئولياتها.

-تحديد مستوى الأداء الفعلى لها.

-تحديد المستويات المقبولة للأداء.

- تحليل المهارات والمعارف والاتجاهات المطلوبة لأداء العمل.

- تحديد فريق العمل المهنى واختصاصات كل منهم فى رعاية المعاقين فى المؤسسة.

- تحديد وتصميم مقاييس التنمية المهنية، ومقياس تفهم الأخصائى الاجتماعى لأدواره المهنية فى مجال رعاية وتأهيل المعاقين.

هذا، وقد قامت الباحثة بجانب ذلك أيضاً بتصميم استمارة مقابلة مقننة للخبراء فى مجال رعاية المعاقين من أساتذة كلية الخدمة الاجتماعية المهتمين بمجال رعاية المعاقين تم من خلالها التعرف على الاحتياجات المتوقعة فى المجال من (معارف ومعلومات ومهارات واتجاهات) والأدوار المتوقعة للأخصائى الاجتماعى فى مؤسسات رعاية وتأهيل المعاقين، والأساليب اللازمة للبرنامج وعلى ضوء ذلك تم تحديد وإعداد محتويات البرنامج التدريبى.

٢- تحديد الأهداف التدريبية وتصميم محتويات البرنامج والأساليب والوسائل التدريبية اللازمة:

تستهدف برامج التدريب عامة علاج نواحى القصور أو النقص فى الإعداد، وملاحقة التطورات التى تحدث فى أساليب ووسائل العمل. ويهدف التدريب إلى استكمال الكفاية ومساعدة المتدرب على تحديد معلوماته وإكسابه المهارات والاتجاهات الإيجابية اللازمة، كما يعمل على تنمية المتدرب مهنيا.

وعلى ذلك وفى ضوء الاحتياجات التدريبية السابقة تم تحديد أهداف البرنامج التدريبى فيما يلى:

العمل على تحقيق التنمية المهنية للأخصائيين الاجتماعيين من خلال:

أ- تزويدهم بالمعارف والمعلومات المطلوبة فى مجال رعاية المعاقين.

ب- تنمية مهارات الممارسة المهنية فى مجال رعاية المعاقين.

جـ- تنمية الاتجاهات الإيجابية نحو المعاقين والعمل فى مجال رعاية المعاقين.

تحسين أداء الأخصائيين لأدوارهم المهنية فى مجال رعاية المعاقين من خلال:

أ- تحسين أدائهم لدورهم مع نسق المعاق.

ب- تحسين أدائهم لدورهم مع نسق أسرة المعاق.

جـ- تحسين أدائهم لدورهم مع نسق جماعات المعاقين بالمؤسسة.

د- تحسين أدائهم لدورهم مع نسق مجتمع المعاقين بالمؤسسة.

هـ- تحسين أدائهم لدورهم مع نسق فريق العمل المهنى بالمؤسسة.

و- تحسين أدائهم لدورهم مع نسق المؤسسة.

ز- تحسين أدائهم لدورهم مع نسق المجتمع.

وقد تم عرض هذه الأهداف فى الاجتماعات السابق توضيحها مع مجموعة العمل والهيئة المشرفة على المشروع.

تصميم محتويات البرنامج:

تم تصميم البرنامج فى ضوء النواحى التى يتضمنها أى برنامج تدريبى وهى:

تدريب نظرى: عن طريق المحاضرات والمناقشات الجماعية والأفلام التعليمية.

تدريب عملى: عن طريق ورش العمل، والزيارات الميدانية، ولعب الأدوار... إلخ.

هذا، وقد قامت الباحثة بالمشاركة فى إعداد ومراجعة المادة العلمية الخاصة بالموضوعات النظرية وتتكون من موضوعاً تتضمن المحتوى النظرى للبرنامج(*)، والموضوعات التى أعدتها وراجعتها الباحثة هى:

- مجال الإعاقة (أساسياته ومتطلباته).

- تأهيل المعاقين.

- الاتجاهات الحديثة فى مجال رعاية المعاقين من منظور الخدمة الاجتماعية: وتضمنت عرضا لما يلى:

أ- الاتجاه العلاجى.

ب- الاتجاه الوقائى.

جـ- الاتجاه التنموى.

- الرعاية الأسرية للمعاقين.

- العمل الفريقى.

- التسجيل الجماعى فى مؤسسات رعاية المعاقين.

- أدوار الأخصائى الاجتماعى مع المعاقين.

هذا، وقد تم عرض هذه المحتويات فى اجتماع فريق العمل مع الهيئة المشرفة على المشروع وذلك يوم الأربعاء الموافق ١٨/٢/١٩٩٨م فى تمام الساعة العاشرة والنصف بمقر المجلس.

٣- تحديد الأساليب والوسائل التدريبية اللازمة:

تحددت أساليب التدريب فى المحاضرات، والمناقشات الجماعية، ودراسة الحالات، وورش العمل، والأفلام التعليمية، والزيارات الميدانية، ولعب الأدوار... هذا، وقد تم طبع المادة العلمية التى تشمل جميع الموضوعات النظرية فى كتيب، وتم توزيعها قبل بدء البرنامج على الدارسين، بحيث يصبح الدارسون على استعداد لمناقشة ما جاء به من موضوعات وفقاً للبرنامج الزمنى المحدد لها.

كـذلك تحددت الوسـائل والأدوات التـدريبيـة اللازمـة كالأقـلام والأوراق والسبورات وجهاز الفيديو . . . إلخ.

هذا، وقد تم عـرض البرنامج المقـترح فى اجتـماع الباحـثة وفـريق العمل الاجتـماعى مع الفريق النفـسى والهيئـة المشرفة على المشـروع يوم الأربعاء الموافق ١٨/٢/١٩٩٨م فى تمام السـاعة العـاشرة والنـصف صبـاحاً بمقـر المجلس، ويوم الأحد ١ مارس ١٩٩٨ فى تمام الساعة الثانية عشر ظهراً. كما تم عقد اجتماع قبل تنفـيذ البـرنامج التدريبى تم فـيه عـرض مخـتلف الجهـود التى بذلت ومخـتلف المطبوعات التى أعدت.

٤- تنفيذ البرنامج التدريبى:

تم تنفيذ البرنامج فى التوقيت المحـدد له، ووفقاً للخطة الزمنية الموضوعة له فى الفترة من الثلاثاء الموافق ٢٨ أبريل حـتى الخميس ١٤ مايو ١٩٩٨ بواقع (٧٥) ساعـة تدريبيـة موزعة على (٣٠) جلسـة تدريبيـة لمدة ١٥ يوما كل يوم جلسـتان تدريبيـتان؛ الأولى مدتها ثلاث سـاعات والثانية سـاعتان بينهمـا راحة لمدة نصف ساعـة كمـا هو موضح بالبـرنامج التدريبى، وذلك بعـد إعداد وتجـهيز الـوسائل التدريبية اللازمة، وتحديد المكان المخصص لعـقده وقد تم عقد الدورة التدريبية فى فندق «كايرو بالمعادى»، وكذلك إعـلام المدربين والمتدربين به قبل ذلك بوقت كاف وتجهيز المطبوعات، . . إلخ. وقد قامت الهـيئة المشرفة على المشروع بإعداد ذلك، وشاركت الباحثة فى تجهيز المطبوعات وتنفيذ البرنامج.

٥- تقويم مدى وفاء البرنامج بالهدف:

يعنى التقـويم «تحديد القيـمة الفعلية للجـهود التى بذلت لتحـقيق الأهداف المرجوة من البرنامج، ويهدف أيضاً إلى تحسـين تخطيط البرامج التدريبية المقبلة من خلال مـا تقتـرحه من مـعلومات، واعـتمـدت الباحـثة فى التقـويم على البـعد الإديومترى Fduemetry فى مقـابل البعد السـيكومتـرى، أو ما يسمى بالقـياس محكى المرجع Griterion referenced، أو البعـد الإديومترى فـى مقابل القـياس جماعى المرجع Norm referenced، حيث إننا لن نهـتم بمقارنة المتدربين بعـضهم ببعض على نفس المقياس أو مقارنتهم وفقاً لبعض المتغيرات الشخصية. . إلخ، بل

نهتم هنا بمعرفة ما تحقق من أهداف البرنامج، وتقدير مستوى المتدربين على مقاييس الدراسة، وتحديد نواحى القوة والضعف فى البرنامج التدريبى.

وعلى هذا قامت الباحثة بإجراء التقويم على النحو التالى:

- إجراء تقويم للمتدربين قبل بدء التدريب بقياس معارفهم، واتجاهاتهم ومهاراتهم ومدى تفهمهم لأدوارهم المهنية فى مجال رعاية وتأهيل المعاقين. وذلك بتطبيق المقاييس المعدة لذلك وهى من تصميم الباحثة.
- إجراء تقويم أثناء التدريب عن طريق استمارة ملاحظة، يسجل فيها المتدرب ملاحظاته عن المدربين.
- إجراء تقويم بعد تنفيذ البرنامج يشمل:
- تقويم المتدربين بإجراء قياس بعدى لمعارفهم واتجاهاتهم ومهاراتهم، ومدى تفهمهم لأدوارهم المهنية وذلك بتطبيق المقاييس المعدة لذلك والسابق تطبيقها عليهم قبل تنفيذ البرنامج.
- تقويم البرنامج التدريبى من قبل المتدربين عن طريق استمارة استبيان صممتها الباحثة لذلك.

وبذلك تتم الخطوة الأخيرة من المراحل أو العمليات التى يمر بها البرنامج التدريبى. هذا، وقد قامت الهيئة المشرفة على المشروع بإجراء تقويم أثناء تنفيذ البرامج التدريبى لم تظهر نتائجه حتى وقت كتابة البحث كما قامت بعقد اجتماع فى نهاية تنفيذ البرنامج مع المدربين والمتدربين للتعرف على آرائهم فى البرنامج.

جـ- المخرجات Out Puts

وهى سلسلة الإنجازات والنتائج المختلفة المتحققة من العمليات والأنشطة التى تمت فى العمليات التحويلية، وهى ناتج عملية التقويم السابقة، بمعنى أن المخرجات هى نتاج عمل النسق (البرنامج) الذى يتبلور فى أنماط وأشكال مختلفة تمثل ما يقدمه النسق للبيئة فى صورة مخرجات «أخصائيين اجتماعيين تحقق لهم النمو المهنى وتحسن تفهمهم لأدوارهم المهنية، وبالتالى سيتحسن أداؤهم لها»، ويستثمر ناتج البرنامج (المخرجات) فى إعادة الحصول على موارد جديدة «التغذية

العكسية Feed back »، والتقويم يعـمل على استقبال مدخـلات جديدة وإعادة صياغتها وتشكيلها فى ضوء نتـائج التقويم، وبعد إجراء التعديلات اللازمة على البرنامج، ومن هنا تستمر الدائرة المفتوحة والتى تتم من علاقة النسق المفتوح بالبيئة وتفاعله معها.

مفهوم التنمية المهنية:

يقصد بالتنمية المهنيـة تحسين مستوى الأداء للأخصائيين الاجـتماعيين من خلال التـزود بالجديد من المعارف، وتنميـة الخبرات وصقل المهـارات وتعديل الاتجاهات، والتنمة المهنية بـهذا المفهوم عملية مستـمرة ومطلوبة حتى نطور من ممارستنا، وحتى تتمكن المهنـة من تدعيم وضعها وإثبات وجودها وفعـاليتها فى المجتمع، ومن ثم تحظـى بالمكانة اللائقة فى المجتمع. وتولى الدورات التـدريبية اهتماما بزيادة المعـارف والمعلومات وتنمية المهارات اللازمة للمـمارسة المهنية فى المجال، وكذلك تنميـة الاتجاهات الإيجابية نحو المعاقين، وتحسـين مستوى أداء الأخصائيين الاجتماعيين لأدوارهم المهنية، وعلى ذلك يمكن أن تتحقق التنمية من خلال البرامج التدريبية المستمرة.

وهناك من يفرق بين التنمية المهنيـة والنمو المهنى حيث يرى أن النمو المهنى يحدث ذاتياً بجهود يبذلها الأخصائى الاجتماعى عن طريق وسائله الخاصة وأيضاً كنتيجة للخبرات التى اكتسبها من خلال مزاولة عمله، أما التنمية المهنية فتأتى عن طريق جهود مقصودة ومنظمة وغـالباً ما تتم عن طريق التدريب حيث يشار إلى التدريب غالباً بأنه عملية التعليم المقصودة عن طريق الخبرة العملية.

وهناك من يخلط بين المفهـومين ويرى أن النمو المهنى مـعنى له اتجاهان متلازمان الأول: يرتبط بالنمو العددى، والثانى يرتبط بتنمية الكفاءة المهنية، ويرى أن النمو المهنى عملية مـستمرة لأنه يستهدف الأداء الوظيـفى الأصلح واستغلال الطاقة البشرية أحسن استغلال لترقية العمل مع سرعة الإنجاز.

كذلك نجد أن الهدف الرئيسى للنمـو المهنى هو «رفع مستوى الأداء المهنى للأخصائى الاجتماعى» من خلال تحقيق الأهداف الفرعية الآتية:

- التعرف على كل جديد فى المجال من المعلومات ومهارات وإمكانات.
- اكتساب الاتجاهات الاجتماعية الحديثة التى تساعد على التفاعل والمشاركة الإيجابية.
- اكتساب المفاهيم والاتجاهات التى تساعد على تنمية مشاعر الانتماء للمهنة.
- تنمية الاتجاهاهت الايجابية نحو مجال العمل وعملائه وفريق العمل.
- اكتساب المهارات فى التسجيل بعد الفهم والخبرة.
- اكتساب المهارات التى تمكنه من استخدام قدراته وإمكانياته أقصى استخدام ممكن.

ويتحقق النمو المهنى من خلال مناشط متعددة أهمها:

القراءة والاطلاع، الاشتراك فى دورات تدريبية أثناء العمل، حضور المؤتمرات والندوات، وحضور الاجتماعات الإشرافية، والحلقات البحثية والاجتماعات الدورية بين الأخصائيين الاجتماعيين، والرحلات والزيارات والبعوث ووسائل الإعلام الجماهيرى، والدراسات التكميلية والتجديدية.

مما سبق نستطيع القول أن هناك نمواً مهنياً ذاتياً، ونمواً مهنياً تهتم به جهة أخرى غير ذات الأخصائى وهو إما نموا مهنيا أو تنمية مهنية.

وعلى ذلك يمكننا تعريف التنمية المهنية فى بحثنا هذا بأنها:

«تلك العملية التى يتم تزويد الأخصائيين الاجتماعيين بالمعلومات والمعارف، وإكسابهم مهارات الممارسة المهنية اللازمة للعمل، وتنمية اتجاهاتهم الإيجابية نحو مجال العمل بهدف تحسين مستوى أدائهم لأدوارهم المهنية».

وهو ما تقيسه مقاييس التنمية المهنية.

الأدوار المهنية للأخصائى الاجتماعى فى مؤسسات رعاية المعاقين:

يعرف الدور بأنه «تصرف اجتماعى ينسب إلى شخص له موقف معين فى المجتمع»، وهو «أنواع السلوك المقررة والمحددة لشخص يشغل مكانة معينة،

ويستخدم للإشارة إلى السلوك الذى يقوم به شاغل مركز اجتماعى معين ويحدد الأنماط السلوكية التى يتفاعل بها الآخرون، كما يحدد الحقوق والإلتزامات المرتبطة به.

ويشير الدور المهنى إلى «وصف السلوك الذى يجب أن يلتزم به الأخصائى الاجتماعى أثناء قيامه بعمله. وعلى ذلك يتحدد دور الأخصائى الاجتماعى فى بحثنا بأنه «**مجموعة الأنشطة والواجبات والمسئوليات التى يمكن أن يمارسها الأخصائى الاجتماعى فى المؤسسة التى يعمل بها.**

دور الخدمة الاجتماعية فى العمل مع المعاقين:

تعمل الخدمة الاجتماعية فى مجال رعاية المعاقين لتحقيق أهداف إنسانية واقتصادية واجتماعية، ومجتمعية، وأيضاً لتحقيق الأهداف الأساسية لمهنة الخدمة الاجتماعية والتى منها:

- المساهمة فى إحداث تغييرات مرغوبة فى الأفراد والجماعات والمجتمعات بقصد إيجاد تكيف متبادل بينهم وبين بيئاتهم الاجتماعية ومساعدتهم على مواجهة مشكلاتهم والوقاية منها.
- مساعدة الأفراد والجماعات والمجتمعات لاستثمار أقصى ما لديهم من قدرات للوصول إلى مستويات اجتماعية لائقة.

ولتحقيق الأهداف السابقة يقوم الأخصائى الاجتماعى فى مجال رعاية المعاقين بمارسة الأدوار الوقائية والعلاجية والتنموية والإنشائية.

دور الأخصائى الاجتماعى فى مؤسسات رعاية المعاقين:

وقد قامت الباحثة بتحديد دور عام للأخصائى الاجتماعى فى العمل مع المعاقين، وذلك من خلال خطوط عريضة أو ملامح عامة، مع مراعاة مرونة هذه الخطوط بالشكل الذى يسمح بتطويعها لتتناسب مع أى نوع من أنواع الإعاقات والتصنيفات الفرعية داخل كل فئة على حدة.

ولكى نحدد هذا الدور يجب علينا أن نوضح كلا من:

أ- المحددات الأساسية لعمل الأخصائى الاجتماعى.

ب- الاعتبارات التى يجب أن يراعيها الأخصائى الاجتماعى فى عمله مع المعاقين.

جـ- أدوار الأخصائى الاجتماعى فى عمله مع المعاقين.

أ- المحددات الأساسية للعمل: هناك مجموعة من المحددات التى يجب أخذها فى الاعتبار عند العمل مع المعاقين ولعل من أهم هذه المحددات:

١- سن المعاق.	٤- حاجات المعاق.
٢- نوع الإعاقة وحدتها.	٥- بيئة المعاق.
٣- شخصية المعاق.	٦- طبيعة وظروف المؤسسة.

ب- الاعتبارات التى يجب أن يراعيها الأخصائى الاجتماعى فى عمله مع المعاقين:

حتى يستطيع الأخصائى الاجتماعى أن يمارس عمله ودوره بفعالية فى مجال رعاية وتأهيل المعاقين، عليه أن يأخذ فى اعتباره النقاط التالية:

١- عليه أن يستخدم أسلوب الممارسة العامة تلك التى لا تهتم بممارسة طريقة بعينها فى المؤسسة التى يعمل بها لكنها تهتم بالمواقف نفسه الذى يتعامل معه، وبالمشكلات والاحتياجات المختلفة للمعاقين، وتطبيق اختصاصات ومسئوليات الممارسة العامة فى العمل مع المعاقين.

٢- لابد أن يتبنى الأخصائى الاجتماعى اتجاهاً موجباً فى العمل مع المعاقين وتكوين هذا الاتجاه يتحقق من خلال إعداده المهنى والدورات التدريبية قبل وأثناء العمل، فضلاً عن تعاونه وتكامله مع فريق العمل المهنى فى مؤسسات رعاية المعاقين.

٣- عليه أن يتعامل مع المعاق فى ضوء قدراته المتبقية وليس على أساس ما فقده بمعنى عدم التركيز على نواحى العجز وإهمال نواحى القوة.

٤- مراعاة الفروق الفردية بين المعاقين، فبالرغم من أن هناك صفات وخصائص مشتركة بين المعاقين إلا أن لكل معاق فرديته التى لابد من احترامها ومراعاتها.

٥- عليه أن يلتزم بأخلاقيات ومبادئ المهنة والموضوعية والصبر والاهتمام بالمعاقين دون التحيز والمغالاة فى إظهار العطف والشفقة حتى لا يفقد قدرته المهنية.

٦- عليه إجادة أسلوب الاتصال بفئات الإعاقة التى يعمل معها حتى يمكنه مساعدتها وتكوين علاقة مهنية هادفة معهم.

٧- الاهتمام بالبيئة المحيطة بالمعاق (الأسرة، الأصدقاء، المؤسسة.. إلخ)، والتعامل معهم بما يحقق المناخ الملائم لتقديم الرعاية للمعاق، وتتحقق الاستفادة مما يقدم له من خدمات.

٨- ضرورة توضيح دوره المهنى لفريق العمل المهنى بالمؤسسة التى يعمل فيها، مع فهم أدوارهم المهنية، والتنسيق بينهم والتعاون معهم بما يحقق تكامل الخدمات وتقديمها بفاعلية وتحسين مستواها باستمرار.

٩- عليه أن يلم بالاتجاهات الحديثة فى مجال رعاية المعاقين، ومختلف المداخل والنماذج المهنية التى يمكنه استخدامها فيه.

جـ- أدوار الأخصائى الاجتماعى فى عمله مع المعاقين:

١- دور الأخصائى الاجتماعى مع نسق المعاق.

٢- دور الأخصائى الاجتماعى مع نسق أسرة المعاق.

٣- دور الأخصائى الاجتماعى مع نسق جماعات المعاقين بالمؤسسة.

٤- دور الأخصائى الاجتماعى مع نسق مجتمع المعاقين بالمؤسسة.

٥- دور الأخصائى الاجتماعى مع نسق فريق العمل المهنى بالمؤسسة.

٦- دور الأخصائى الاجتماعى مع نسق المؤسسة.

٧- دور الأخصائى الاجتماعى مع نسق المجتمع.

وعلى ذلك يمكننا أن نحدد مفهوم الأدوار المهنية للأخصائى الاجتماعى فى مؤسسات رعاية المعاقين بأنها «**مجموعة الأنشطة والواجبات والمسئوليات التى**

يجب أن يمارسها الأخصائى الاجتماعى مع الأنساق المختلفة التى يتعامل معها فى عمله مع المعاقين وهى مع المعاق ذاته. ومع أسرته ومع جماعات ومجتمع المعاقين بالمؤسسة. ومع فريق العمل المهنى بها. ومع المؤسسة والمجتمع»، وهو ما يقيسه مقياس تفهم الأخصائيين الاجتماعيين لأدوارهم المهنية فى مؤسسات رعاية المعاقين.

سادساً: الإطار المنهجى للدراسة

نوع الدراسة ومنهجها:

تعد هذه الدراسة أحد بحوث تقييم (تقدير) عائد البرنامج التدريبى، وتقوم على أساس وصف البرنامج التدريبى كمتغير مستقل والتنمية المهنية، وتفهم الأخصائيين الاجتماعيين لأدوارهم المهنية كمتغيير تابع، وتعتمد الدراسة على القياس القبلى والبعدى لجماعة واحدة من الأخصائيين الاجتماعيين، وتعتبر الفروق بين القياسين بمثابة التغير الذى ينتج عن البرنامج التدريبى وإذا أدت النتائج الإحصائية إلى وجود فرق جوهرى بين القياسين فإن ذلك يعنى وجود علاقة (ارتباط) إيجابى بين تطبيق البرنامج التدريبى وتحقيق التنمية المهنية، وتحسين تفهم الأخصائيين الاجتماعيين العاملين فى مجال رعاية وتأهيل المعاقين لأدوارهم المهنية.

وقد تم مراعاة:

- أن يكون المتدربون من الأخصائيين الاجتماعيين العاملين فى مؤسسات رعاية وتأهيل المعاقين التابعة لوزارة الشئون الاجتماعية.
- عدم تعرض الأخصائيين الاجتماعيين للبرنامج التدريبى موضوع الدراسة من قبل.
- عدم إطالة مدة البرنامج، ويعتبر البرنامج من البرامج قصيرة الأمد نسبياً.
- توفير الإقامة والإعاشة للمتدربين من محافظتى أسوان وكفر الشيخ فى مكان واحد (فندق كايرو بالمعادى).

فروض الدراسة:

تم وضع الفروض التالية من خلال تحليل الدراسات السابقة، والإطار النظرى للدراسة، ونوع الدراسة ومنهجها، وهذه الفروض هى:

١- «توجد علاقة دالة إحصائيا بين تطبيق البرنامج التدريبى وتحقيق التنمية المهنية للأخصائيين الاجتماعيين العاملين فى مجال رعاية وتأهيل المعاقين «المتدربين»

ويتم اختبار صحة هذا الغرض باختبار صحة فروضه الفرعية الآتية:

أ- توجد علاقة دالة إحصائياً بين تطبيق البرنامج التدريبى وزيادة معارف الأخصائيين الاجتماعيين العاملين فى مجال رعاية وتأهيل المعاقين «المتدربين».

ب- توجد علاقة دالة إحصائياً بين تطبيق البرنامج التدريبى وتنمية مهارات الأخصائيين الاجتماعيين العاملين فى مجال رعاية وتأهيل المعاقين «المتدربين».

جـ- توجد علاقة دالة إحصائياً بين تطبيق البرنامج التدريبى وتنمية الاتجاهات الإيجابية نحو المعاقين للأخصائيين الاجتماعيين العاملين فى مجال رعاية وتأهيل المعاقين «المتدربين».

٢- «توجد علاقة دالة إحصائياً بين تطبيق البرنامج التدريبى وتفهم الأخصائيين الاجتماعيين العاملين فى مجال رعاية وتأهيل المعاقين «المتدربين لأدوارهم المهنية».

ويتم اختبار صحة هذا الفرض باختبار صحة فروضه الفرعية الآتية:

أ- توجد علاقة دالة إحصائياً بين تطبيق البرنامج التدريبى وتفهم الأخصائيين الاجتماعيين «المتدربين» لدورهم المهنى مع المعاقين.

ب- توجد علاقة دالة إحصائياً بين تطبيق البرنامج التدريبى وتفهم الأخصائيين الاجتماعيين «المتدربين» لدورهم المهنى مع أسر المعاقين.

جـ- توجد علاقة دالة إحصائياً بين تطبيق البرنامج التدريبى وتفهم الأخصائيين الاجتماعيين «المتدربين» لدورهم المهنى مع جماعات المعاقين بالمؤسسة.

د- توجد علاقة دالة إحصائياً بين تطبيق البرنامج التدريبى وتفهم الأخصائيين الاجتماعيين «المتدربين» لدورهم المهنى مع مجتمع المعاقين بالمؤسسة.

هـ- توجد علاقة دالة إحصائياً بين تطبيق البرنامج التدريبى وتفهم الأخصائيين الاجتماعيين «المتدربين» لدورهم المهنى مع فريق العمل المهنى بالمؤسسة.

و- توجد علاقة دالة إحصائياً بين تطبيق البرنامج التدريبى وتفهم الأخصائيين الاجتماعيين «المتدربين» لدورهم مع المؤسسة.

ز- توجد علاقة دالة إحصائياً بين تطبيق البرنامج التدريبى وتفهم الأخصائيين الاجتماعيين «المتدربين» لدورهم مع المجتمع.

مجالات الدراسة:

أ- المجال المكانى: مؤسسات رعاية المعاقين بمحافظات كفر الشيخ وأسوان والقاهرة، وقد تحدد مكان تطبيق البرنامج التدريبى فى فندق كايرو بالمعادى مقر إقامة المتدربين.

ب- المجال البشرى: الأخصائيون الاجتماعيون العاملون فى مجال رعاية وتأهيل المعاقين بمؤسسات رعاية المعاقين بالمحافظات سالفة الذكر، وقد حدد فريق العمل الحجم المناسب من الأخصائيين الاجتماعيين «المتدربين» فى (٢٢) أخصائيا اجتماعيا وهم الأخصائيون الاجتماعيون العاملين فى محافظتى أسوان وكفر الشيخ وعينة عشوائية منهم فى محافظة القاهرة لم يحضر منهم البرنامج التدريبى سوى (١٧) فقط. وفيما يلى عرض لتوزيع العينة وفقاً لمكان وجهة العمل، ووفقاً للمؤهل العلمى وسنوات الخبرة فى مجال رعاية وتأهيل المعاقين.

جدول رقم (١)

يوضح «توزيع العينة وفقاً لمكان وجهة العمل»

جهة العمل / مكان العمل	كفر الشيخ	اسوان	القاهرة	المجموع	النسبة
الإدارة العامة للتاهيل	١	-	١	٢	١١,٧٦
مكاتب التاهيل	٥	٢	-	٧	٤١,١٨
مراكز التاهيل	-	٣	-	٣	١٧,٦٥
مؤسسات رعاية المعاقين	-	-	٥	٥	٢٩,٤١
المجموع	٦	٥	٦	١٧	١٠٠٪

جدول رقم (٢)

يوضح «توزيع العينة وفقاً للمؤهل العملى و سنوات الخبرة فى مجال رعاية وتأهيل المعاقين»

المؤهل العلمى / سنوات الخبرة	اقل من	٣ - ٦	٦ -٩	٩ -١٢	أكثر من	المجموع	النسبة
بكالوريوس خدمة اجتماعية	٢	٨	٢	١	٢	٥١	٨٨,٤
ليسانس أداب قسم اجتماع			١	١		١	٥,٨٨
ماجستير خدمة اجتماعية						١	٥,٨٨
المجموع	٢	٨	٣	١	٢	١٧	١٠٠٪

جـ- **المجال الزمنى**: استغرق البرنامج التدريبى فى مراحله المختلفة الفترة من الثلاثاء الموافق ٣٠/ ١٢/ ١٩٩٧ حتى الخميس الموافق ٢٨/ ١٩٨٥م، وتم تطبيق البرنامج التدريبى فى الفترة من الثلاثاء الموافق ٢٨/ ٤ إلى الخميس الموافق ١٤/ ٥/ ١٩٩٨م.

د- أدوات جمع البيانات:

استعانت الباحثة بالأدوات الآتية:

١- استمارة مقابلة الخبراء لتحديد الاحتياجات التدريبية للأخصائيين الاجتماعيين العاملين فى مجال رعاية وتأهيل المعاقين.

٢- لقياس التنمية المهنية للأخصائيين الاجتماعيين المتدربين استعانت الباحثة بالمقاييس الآتية:

أ- مقياس المعارف المهنية للأخصائيين الاجتماعيين العاملين فى مؤسسات رعاية المعاقين.

ب- مقياس الاتجاهات نحو المعاقين.

جـ- مقياس المهارات المهنية اللازمة للعمل فى مجال رعاية المعاقين.

٣- لقياس تفهم الإخصائى الاجتماعى لأدواره المهنية استعانت الباحثة بمقياس تفهم الاخصائى الاجتماعى لأدواره المهنية فى مؤسسات رعاية وتأهيل المعاقين.

٤- استمارة استبار لتقويم البرنامج التدريبى من قبل المتدربين.

٥- استمارة استبيان للمتدربين لتقويم المدربين.

٦- استمارة ملاحظة للقائمين بالتدريب «المدربين» لتقويم المتدربين.

وجميع الأدوات سالفة الذكر من إعداد الباحثة. وفيما يلى عرض لها:

١- مقاييس التنمية المهنية:

أ- خطوات إعداد مقياس المعارف المهنية للأخصائيين الاجتماعيين العاملين فى مؤسسات رعاية المعاقين:

• إعداد فقرات المقياس ودرجته:

اعتمد فى ذلك على الأساس النظرى المتضمن المحتوى النظرى للبرنامج التدريبى وتم تحديد أوزان المقياس بالنسبة للفقرات الموجبة حسبت أوزانها كالتالى:

دائماً (٥)، غالباً (٤)، أحياناً (٣)، نادراً (٢)، لا (١).

أما بالنسبة للفقرات السالبة فحسبت أوزانها كالتالى:

لا (٥)، نادراً (٤)، أحياناً (٣)، غالباً (٢)، دائماً (١).

• **اختيار الفقرات المميزة للمقياس:**

طبق المقيـاس بعد خلط فقـراته بطريقة عشوائيـة منتظمة فى صورته المبـدئية على (٥) من أعضاء هيئة التدريس، ممن لهم خبـرة واهتمام بمجال رعاية المعاقين، وتم اختيار الفقرات المميزة، أى التى تلقى قـبولاً بحصولها على الدرجة (٥) بنسبة ٦٠٪ واستبعدت الفقرات غير المميزة، وفى ضوء ذلك صمم المقياس متضمناً (٦٨) فقرة.

• **التأكد من ثبات المقياس:**

طرح المقيـاس للتأكد من ثباته على عـينة من (١٠) مفردة من الأخصـائيين الاجتماعيـين، وتم حساب معامل ارتباط بيرسـون بين نصفى المقياس، واتضح أنه (٨٦, ٠)، والكشف فى جـدول حدود الدلالة الإحـصائيـة لمعامـلات الارتباط، اتضح أن ت (٨ ، ٠١, ٠) = ٧٦٥, ٠ ، وهذا يدل على وجـود دلالة إحـصائيـة عند مستوى معنوية ٠١, ٠ وبدرجة ثقة ٩٩٪ مما يدل على ثبات المقياس.

• **التأكد من صدق المقياس:**

تم التأكد من صدق المقياس بالاعتماد على:

- صدق المحتوى نتيجة اختبار فقرات المقياس من الأساس النظرى للموضوعات التى تم إعدادها فى المحتوى النظرى للبرنامج التدريبى.
- الصدق الظاهرى ويدل عليه مناسبة المقياس للمفحوصين.
- تحقق الصـدق الظاهرى وصدق المحتوى بعـرض المقياس على مجـموعة من المحكمين.
- حساب الصدق الذاتى عن طريق حساب الجذر التربيعى لمعامل الثبات واتضح أنه = ٩٢٧, ٠ وهذا يدل على صدق المقياس.

ب- مقياس الاتجاهات نحو المعاقين:

وقد استـعانت الباحثة بالمقـياس الذى أعدته لقياس اتجـاهات طلاب الخدمة الاجتماعية نحو المعـاقين. وهو يتكون من(٦٢) فقرة وثلاث رتب للإجابة حسبت أوزانها كالتالى بالنسبة للفقرات الموجبة:

أوافق (٣)، إلى حد ما (٢)، لا أوافق (١).

وبالنسبة للفقرات السالبة حسبت أوزانها:

لا أوافق (٣)، إلى حد ما (٢)، أوافق (١).

وتم استبعاد فقرتين لعدم اتفاقهما مع المبحوثين، فأصبح عدد فقراته (٦٠) فقرة، وقد قامت الباحثة بإجراء ثبات وصدق جديدين للمقياس، حيث تم التأكد من ثبات المقياس باستخدام طريقة التجزئة النصفية كما فى المقياس السابق، واتضح أن معامل ارتباط بيرسون بين نصف المقياس (٩١٠, ٠) وهذا يدل على وجود دلالة إحصائية عند مستوى معنوية (٠١, ٠) وبدرجة ثقة ٩٩٪ مما يدل على ثبات المقياس، كما تم حساب الصدق الذاتى للمقياس وأتضح أنه = ٩٥٠, ٠.

جـ- خطوات إعداد مقياس المهارات المهنية:

• إعداد فقرات المقياس واختيار فقراته المميزة.

واعتمد فى ذلك أيضاً على الأساس النظرى لمحتوى البرنامج التدريبى مع مراجعة بعض المقاييس المرتبطة بموضوع المقياس. وحسبت (٥) رتب للإجابة أيضاً، وتم اختيار الفقرات المميزة للمقياس مثلما تم فى مقياس «المعارف المهنية»، وفى ضوء ما تم صمم المقياس متضمناً (٥١) فقرة.

• التأكد من ثبات وصدق المقياس:

قامت الباحثة بإجراء الثبات والصدق، كما فى مقياس «المعارف المهنية»، واتضح ثبات المقياس، حيث وجد أن معامل الارتباط بين نصفى المقياس (٨٨, ٠)، وهذا يدل على وجود دلالة إحصائية عند مستوى معنوية (٠١, ٠) وبدرجة ثقة ٩٩٪ ثم تم التأكد من صدق المقياس بالاعتماد على صدق المحتوى، والصدق الظاهرى والصدق الذاتى، وأتضح أن الصدق الذاتى = (٩٣٨, ٠) وهذا يدل على صدق المقياس.

٢- مقياس تفهم الأخصائى الاجتماعى لأدواره فى مؤسسات رعاية المعاقين:

وقد مر بالخطوات السابقة لإعداد المقياس وهى:

• إعداد فقرات المقياس واختيار فقراته المميزة:

واعتـمد فى ذلك أيضـاً على الأساس النـظرى لموضوع «أدوار الأخـصائى الاجتـماعى فى مؤسـسات رعايـة المعاقين»، المعـد فى المحتوى النظـرى للبرنامج التدريبى، وحسبت (٥) رتب للإجـابة أيضاً، وتم اختيار الفقرات المـميزة مثلما تم فى مقياسى (المعارف، والمهارات المهنية) الـسابقين، وفى ضوء ذلك صمم المقياس متضمناً (٨٠) فقرة.

• التأكد من ثبات وصدق المقياس:

قامت الباحثة بإجراء الثبات والصـدق، كما فى المقياسين السابقين، واتضح ثبات المقياس، حيث وجد أن معامل الارتباط بين نصفى المقياس = ٠,٨٧، وهذا يدل على وجود دلالة إحصـائية عند مستوى مـعنوية (٠,٠١) وبدرجة ثقة ٩٩٪، ثم تم التأكد من صدق المقياس بالاعتـماد على صدق المحتوى، والصدق الظاهرى والصدق الذاتى كما فى المقياسين السابقين، واتضح أن الصدق الذاتى: ٠,٩٣٢.

٣- استمارة استبار لتقويم البرنامج التدريبى من قبل المتدربين:

وهى اسـتمـارة تتضـمن ثلاثة بنود هى أولاً: بيـانات أولية عن المتـدربين، وثانياً: عناصـر تقويم البرنامج التدريبى ويتـضمن تقويم البرنامج التـدريبى بصفة عامة من حـيث أهمية موضوعـاته، وجدتها ومناسبة المكان الذى تم فـيه التدريب ومناسبة العدد الذى حضر، وإشباعه لاحـتياجاتهم، ثم الاستفادة من المعارف التى تم تزويدهم بها والمهارات والاتجـاهات التى اكتسبـوها، وقد تم وضع ذلك بصورة متدرجة للاستجابات أعطيت الدرجات:

دائماً (٥)، غالباً (٤)، أحياناً (٣)، نادراً (٢)، لا (١).

وتضمنت الاستـمارة أيضاً بندا ثالثاً: ويشتـمل على المشكلات التى صادفت المتدرب فى البرنامج التدريبى ومقترحاته لتحسين مستوى الدورات التدريبية المقبلة.

٤- استمارة استبيان للمتدربين لتقويم المدربين:

وهى استمارة يقوم بملئها المتـدرب فى نهاية تطبيق البرنامج التدريبى وتشمل بياناتهـا: تمكن المدرب من الموضوع، وجدة الموضـوع ومناسبة الموضوع للمـجال،

والاستفادة من المدرب، ومهارته فى توصيل المعلومة، وأسلوبه فى التدريب، واستخدامه الأساليب التدريبية الحديثة، وجدة الأساليب. وأعطيت أيضاً استجابات متدرجة أعطيت الدرجات السابقة فى الاستمارتين السابقتين.

٥- استمارة الملاحظة للقائمين بالتدريب لتقويم المتدربين:

وهى استمارة يقوم بملئها المدرب عن كل متدرب بعد كل جلسة وتشمل بياناتها انتظامه فى التدريب، ويقظته وانتباهه، ومشاركته الإيجابية فى المناقشات، وتقديمه لآراء جديدة ومبتكرة، وحرصه على أداء الواجبات والتكليفات، وتعاونه مع زملائه، واستجابته للتوجيهات، واتخاذه لأدوار قيادية، واهتمامه العام بالتدريب، وأعطيت استجابات متدرجة أعطيت الدرجات التالية:

دائما (٥)، غالباً (٤)، أحياناً (٣)، نادراً (٢)، لا (١).

سابعاً: تقويم البرنامج التدريبى وعرض نتائج اختبار الفروض

نتائج اختبار صحة فروض الدراسة:

اختبار صحة فرض الدراسة الأول:

القائل: «توجد علاقة دالة إحصائياً بين تطبيق البرنامج التدريبى وتحقيق التنمية المهنية للأخصائيين الاجتماعيين العاملين فى مجال رعاية وتأهيل المعاقين «المتدربين».

ويتم اختبار صحة هذا الفرض باختبار صحة فروضه الفرعية الآتية:

أ- توجد علاقة دالة إحصائياً بين تطبيق البرنامج التدريبى وزيادة معارف الأخصائيين الاجتماعيين العاملين فى مجال رعاية المعاقين «المتدربين».

ب- توجد علاقة دالة إحصائياً بين تطبيق البرنامج التدريبى وتنمية مهارات الأخصائيين الاجتماعيين العاملين فى مجال رعاية وتأهيل المعاقين «المتدربين».

جـ- توجد علاقة دالة إحصائياً بين تطبيق البرنامج التدريبى وتنمية الاتجاهات الإيجابية نحو المعاقين للأخصائيين الاجتماعيين العاملين فى مجال رعاية وتأهيل المعاقين «المتدربين».

وقبل عرض ما أسفرت عنه التحليلات الإحصائية الخاصة باختبار صحة الفرض الأول للدراسة، فيما يلى جدولان يمثلان مستويات التنمية المهنية فى ضوء الدرجات والنسب المئوية والتقديرات التى سيتم فى ضوئها توضيح مستويات التنمية المهنية للأخصائيين الاجتماعيين قبل وبعد حصولهم على البرنامج التدريبى.

جدول رقم (٣)

يوضح «مستويات التنمية المهنية فى ضوء الدرجات والنسب المئوية والتقديرات الممثلة لها»

التقديرات والنسب المئوية / مقاييس التنمية المهنية	ممتاز	جيد جداً	جيد	مقبول	ضعيف	ضعيف جداً
	٩٠٪ فاكثر	٧٥٪	٦٠٪	٥٠٪	٤٠٪	٣٩٪ فاقل
	الدرجة	الدرجة	الدرجة	الدرجة	الدرجة	الدرجة
المعارف	٣٠٦	٢٥٥	٢٠٤	١٧٠	١٣٦	١٣٢,٦
الاتجاهات	١٦٢	١٣٥	١٠٨	٩٠	٧٢	٧٠,٢
المهارات	٢٢٩,٥	١٩١,٢٥	١٥٣	١٢٧,٥	١٠٢	٩٩,٤٥

جدول رقم (٤)

يوضح «مستويات التنمية المهنية فى ضوء درجات الأخصائيين الاجتماعيين «المتدربين» على مقاييس التنمية المهنية والنسب المئوية لها قبل وبعد تطبيق البرنامج التدريبى»

المعاملات الإحصائية / مقاييس التنمية المهنية	الدرجة على المقياس		المتوسط		النسبة المئوية		نسبة التغير
	قبلى	بعدى	قبلى	بعدى	قبلى	بعدى	
المعارف	٢٢٩٥	٣٧٧٥٧	١٣٥	٢٢١	٣٩,٧	٦٥	٣٥,٣
الاتجاهات	٢٠٠٦	٢٤٣٢١	١١٨	١٤٣	٦٥,٥	٧٩,٤	١٤,٤
المهارات	١٨٨٧	٣٦٥٢	١١١	١٥٦	٤٣,٥	٦١,٢	١٧,٧

يوضح الجدول السابق مستوى التنمية المهنية خاصة فى معلومات ومعارف الأخصائيين الاجتماعين قبل تطبيق البرنامج التدريبى وحصولهم على تقدير

ضعيف جداً يليها المهارات ودرجتها أيضاً ضعيفة بينما كانت اتجاهاتهم نحو المعاقين والعمل فى مجال رعاية المعاقين جيدة، ونجد تحسنا فى درجات الأخصائيين الاجتماعيين على مقاييس التنمية المهنية، فأصبحت المعارف والمعلومات والمهارات جيدة، واتجاهاتهم جيدة جداً وذلك بعد تطبيق البرنامج التدريبى. ولحساب دلالة الفروق إحصائيا تم تطبيق اختبار (ت) وفيما يلى نتائج ذلك:

جدول رقم (٥)

يوضح «نتائج اختبار (ت) لحساب دلالة الفروق بين درجات الأخصائيين الاجتماعيين على مقاييس التنمية المهنية قبل وبعد تطبيق البرنامج التدريبى»

المعاملات الإحصائية / مقاييس التنمية المهنية	متوسط الفروق (ف)	مجـ ف	مجـ ف ٢	ع ف	(ت) المحسوبة	(ت) الجدولية	دلالة الفروق
المعارف	٠٦	١٤٦٢	١٢٠٣٣٣	١٨,٣٦٩	٤,٤٥٥	٢,٩٢١	دالة عندمستوى معنوية ٠,٠١ وبدرجة ثقة ٩٩٪ وبدرجات حرية (١٦)
الإتجاهات	٢٥	٤٢٥	١٠٧٦٩	٣,٠٠	٦,٠٦	٢,٩٢١	
المهارات	٤٥	٧٦٥	٣٧٢٦٠	١٣,٣١	١٣,٩	٢,٩٢١	

ويتضح من الجدول السابق أن الفروق بين درجات الأخصائيين الاجتماعيين قبل وبعد تطبيق البرنامج التدريب فروق ذات دلالة إحصائية؛ وذلك لأن قيمة (ت) المحسوبة > من (ت) الجدولية على مقاييس التنمية مما يدل على زيادة معارفهم ومعلوماتهم ونمو مهاراتهم واتجاهاتهم الإيجابية، مما يدل على كفاءة البرنامج التدريبى ويثبت ويحقق صحة فرض الدراسة الأول بفروضه الفرعية.

اختبار صحة فرض الدراسة الثانى:

القائل: «توجد علاقة دالة إحصائيا بين تطبيق البرنامج التدريبى وتفهم الأخصائيين الاجتماعيين العاملين فى مجال رعاية وتأهيل المعاقين «المتدربين» لأدوارهم المهنية».

ويتم اختبار صحة هذا الفرض باختبار صحة الفروض الفرعية الآتية:

أ- توجد علاقة دالة إحصائيا بين تطبيق البرنامج التدريبى وتفهم الأخصائيين الإجتماعيين «المتدربين» لدورهم المهنى مع نسق المعاق.

ب- توجد علاقة دالة إحصائيا بين تطبيق البرنامج التدريبى وتفهم الأخصائيين الاجتماعيين «المتدربين» لدورهم المهنى مع نسق أسر المعاقين.

جـ- توجد علاقة دالة إحصائياً بين تطبيق البرنامج التدريبى وتفهم الأخصائيين الاجتماعين «المتدربين» لدورهم المهنى مع نسق جماعات المعاقين بالمؤسسة.

د- توجد علاقة دالة إحصائياً بين تطبيق البرنامج التدريبى وتفهم الأخصائيين الاجتماعيين «المتدربين» لدورهم المهنى مع نسق مجتمع المعاقين بالمؤسسة.

هـ- توجد علاقة دالة إحصائيا بين تطبيق البرنامج التدريبى وتفهم الأخصائيين الاجتماعيين «المتدربين» لدورهم المهنى مع نسق فريق العمل المهنى بالمؤسسة.

و- توجد علاقة دالة إحصائيا بين تطبيق البرنامج وتفهم الأخصائيين الاجتماعيين «المتدربين» لدورهم المهنى مع نسق المؤسسة.

ز- توجد علاقة دالة إحصائيا بين تطبيق البرنامج التدريبى وتفهم الأخصائيين الاجتماعيين «المتدربين» لدورهم المهنى مع نسق المجتمع.

وفيما يلى عرض للدرجات المعيارية والنسب المئوية وتقديراتها على مقياس «تفهم الأخصائيين الاجتماعيين لأدوارهم المهنية»، وسوف يتم فى ضوئها مقارنة درجات الأخصائيين الاجتماعيين قبل وبعد تطبيق البرنامج التدريبى ثم عرض لنتائج اختبار (ت) لحساب دلالة الفروق بينهما.

جدول رقم (٦)

يوضح «الدرجات المعيارية والنسب المئوية وتقديراتها على مقياس تفهم الأخصائيين الإجتماعيين العاملين فى مجال رعاية وتأهيل المعاقين لأدوارهم المهنية»

التقديرات والنسب المئوية / ابعاد المقياس	ممتاز	جيد جداً	جيد	مقبول	ضعيف	ضعيف جداً
	٩٠٪ فاكثر	٧٥٪	٦٠٪	٥٠٪	٤٠٪	٣٩٪ فاقل
	الدرجة	الدرجة	الدرجة	الدرجة	الدرجة	الدرجة
دوره مع نسق المعاق	٧٢	٦٠	٤٨	٤٠	٣٢	٣١,٢
دوره مع نسق أسر المعاق	٥٨,٥	٤٨,٧٥	٣٩	٣٥,٥	٢٦	٢٥,٣٥
دوره مع نسق جماعات المعاقين بالمؤسسة	٦٣	٥٢,٥	٤٢	٣٥	٢٨	٢٧,٣
دوره مع نسق مجتمع المعاقين بالمؤسسة	٣٦	٣٠	٢٤	٢٠	١٦	١٥,٦
دوره مع نسق فريق العمل المهني بالمؤسسة	٣٦	٣٠	٢٤	٢٠	١٦	١٥,٦
دوره مع نسق المؤسسة	٤٠,٥	٣٣,٧٥	٢٧	٢٢,٥	١٨	١٧,٥٥
دوره مع المجتمع	٥٤	٤٥	٣٦	٣٠	٢٤	٢٣,٤
الدرجة الكلية	٣٦٠	٣٠٠	٢٤٠	٢٠٠	١٦٠	١٥٦

جدول رقم (٧)

يوضح «درجات الأخصائيين الاجتماعيين والنسب المئوية لها على مقياس تفهم الأخصائيين الاجتماعيين لأدوارهم المهنية قبل وبعد تطبيق البرنامج التدريبى»

م	المعاملات الإحصائية / ابعاد المقياس	الدرجة على المقياس		المتوسط		النسبة المئوية		نسبة التغير
		قبلى	بعدى	قبلى	بعدى	قبلى	بعدى	
ا-	دوره مع نسق المعاق	٥٧٨	٩٠١	٣٤	٥٣	٤٢,٥	٦٦,٢٥	٢٣,٧٥
ب-	دوره مع نسق أسر المعاق	٣٥٧	٨٦٧	٢١	٥١	٣٢,٣	٧٨,٤٦	٤٦,١٦
جـ-	دوره مع جماعات المعاقين بالمؤسسة	٤٧٦	٧٧٩	٢٨	٤٧	٤٠	٦٧,١٤	٢٧,١٤
د-	دوره مع مجتمع المعاقين بالمؤسسة	٣٥٧	٤٩٣	٢١	٢٩	٥٢,٥	٧٢,٥	٢٠
هـ-	دوره مع نسق فريق العمل المهني بالمؤسسة	٢٧٢	٥٦١	١٦	٣٣	٤٠	٨٢,٥	٤٢,٥
و-	دوره مع نسق المؤسسة	٣٩١	٥٧٨	٢٣	٣٤	٥١,١١	٧٥,٥٥	٢٤,٤٤
ز-	دوره مع نسق المجتمع	٤٠٨	٧١٤	١٤	٤٢	٤٠	٧٠	٣٠
	الدرجة الكلية	٢٨٣٩	٤٨١٣	١٦٧	٢٨٩	٤١,٧٥	٧٢,٢٥	٣٠,٥

يتضح من الجدولين السـابقين مستوى تفـهم الأخصائيين الاجتمـاعيين لأدوارهم المهنية قبل تطبيق البرنامج التـدريبى (ضعيف)، خاصة دورهم مع أسر المعاقين حيث كان تفهمهم (ضعـيفا جداً) بالرغم من أن الاتجاهات الحديثة تركز على أهمـية هذا الدور؛ لذا أعطى تركـيزا فى البـرنامج التدريبى مـن خلال المحاضرات النظرية والأفلام التعليمية والمناقـشة الجماعية وورش العمل الموضحة للنماذج العالمية والمحلية لأهمية وكـيفية أداء هذا الدور؛ ولذا نجد أن تفهمهم له تحسن فأصبح (جيدا جداً) بعد التدريب، كذلك نجد تفهمهم لأدوارهم مع أنساق كل من (المعاق، ومع جماعات المعاقين، ومع فريق العمل المهنى، ومع المجتمع)، كان (ضعيفاً) قبل تطبيق البرنامـج التدريبى وأصبح (جيداً) مع المعاق، وجماعات المعاقين و(جيدا جداً) مع نسق فـريق العمل المهنى، و (جيداً) مع نسق المجتمع، بينما نجد تفهمهم لأدوارهم مع نسق مجتـمع المعاقين ومع المؤسسة كان (مقبولاً) وأصبح (جيدا)، و(جيدا جداً) على التوالى بعد تطبيق البرنامج التدريبى مما يعنى ارتفاع مستوى تفهمهم لأدوارهم المهنية فأصبح (جيداً) بعد أن كان (ضعيفاً).

وبحساب دلالة الفروق بين القياسين، تم تـطبيق إختبار (ت) فحصلنا على النتائج الآتية:

جدول رقم (٨)

يوضح «نتائج اختبار (ت) لحساب دلالة الفروق بين درجات الأخصائيين الاجتماعيين على مقياس تفهم الأدوار المهنية قبل وبعد تطبيق البرنامج التدريبى»

م	المعاملات الإحصائية / أبعاد المقياس	متوسط الفروق (فˆ)	محـ ف	محـ ف ٢	ع ف	(ت) المحسوبة	(ت) الجدولية	دلالة الفروق
أ-	دوره مع نسق المعاق	١٩	٣٢٣	٦٢٣٩	٦,٣٧٥	١٢,٢٢٨	٢,٩٢١	دال عند
ب-	دوره مع نسق أسر المعاق	٣٠	٥١٠	١٦٨١٣	٩,٧	١٢,٧٥	٢,٩٢١	مستوى
جـ-	دوره مع جماعات المعاقين بالمؤسسة	١٩	٣٢٣	٦٢٩٧	٣,١٦	٢٤,٧٩	٢,٩٢١	معنوية
د-	دوره مع مجتمع المعاقين بالمؤسسة	٨	١٣٦	١٢٧١	٣,٢٨	٩,٧٥٨	٢,٩٢١	٠,٠١
هـ-	دوره مع نسق فريق العمل المهني بالمؤسسة	١٧	٢٨٩	٥٩٦٣	١,٧٦٧	٨,٦٥	٢,٩٢١	وبدرجة ثقة
و-	دوره مع نسق المؤسسة	١١	١٨٧	٢١٤٧	٢,٣٧	١٩,١٢	٢,٩٢١	٩٩٪
ز-	دوره مع نسق المجتمع	١٨	٣٠٦	٥٩٦٨	٥,٣٦	١٣,٨٤٦	٢,٩٢١	وبدرجات
	الدرجة الكلية	١٢٢	٢٠٧٤	٢٤٩٦٩٨	١٤,٤	٣٤,٨٧	٢,٩٢١	حرية (١٦)

يتضح من الجدول السابق أن الفروق بين درجات الأخصائيين الاجتماعيين قبل وبعد تطبيق البرنامج التدريبى فروق ذات دلالة إحصائية، مما يدل على وجود علاقة بين إيجابية تطبيق البرنامج التدريبى وتفهم الأخصائيين الاجتماعيين لأدوارهم المهنية، ويؤكد صحة فرض الدراسة الثانى بفروضه الفرعية وباختبار صحة فروض الدراسة تتحقق الأهداف الثلاثة الأولى للدراسة.

نتائج تقويم البرنامج التدريبى:

سوف يتم تقويم البرنامج التدريبى من خلال:

١- عرض نتائج عناصر تقويم البرنامج التدريبى من وجهة نظر المتدربين.

٢- عرض نتائج تقويم المدربين من وجهة نظر المتدربين.

٣- عرض نتائج تقويم المتدربين من وجهة نظر المدربين.

١- عرض نتائج عناصر تقويم البرنامج التدريبى من وجهة نظر المتدربين:

ويتم ذلك من خلال عرض لدرجة كل عنصر من عناصر التقويم والنسبة المئوية له وتقديراته لكل عنصر على حدة ولجميع العناصر ككل من وجهة نظر المتدربين، والمشكلات التى واجهتهم ومقترحاتهم لمواجهتها.

جدول رقم (٩)

يوضح «نتائج عناصر تقويم البرنامج التدريبى»

م	عناصر التقويم	الدرجة	النسبة	المستوى
	(أ) عام:			
١-	جدة الموضوعات	٨١	٩٥,٢٩	ممتاز
٢-	اهمية الموضوعات	٨١	٩٥,٢٩	ممتاز
٣-	مناسبة وسائل التدريب	٨١	٩٥,٢٩	ممتاز
٤-	مناسبة الموضوعات لطبيعة المجال	٧٦	٨٩,٤١	جيد جداً
٥-	الحاجة إلى الموضوعات	٧٨	٩١,٧٩	ممتاز
٦-	مناسبة المكان الذى تم فيه التدريب	٨٠	٩٤,١٢	ممتاز
٧-	مناسبة العدد الذى حضر التدريب من الدارسين	٨٤	٩٨,٨	ممتاز
	المجموع	٥٦١	٩٤,٢٩	ممتاز
	(ب) الاستفادة من المعارف:			
٨-	اساسيات ومتطلبات فى مجال رعاية المعاقين	٧٦	٨٩,٤١	جيد جداً
٩-	الاتجاهات الحديثة فى مجال رعاية المعاقين	٧٨	٩١,٧٦	ممتاز
١٠-	تأهيل المعاقين	٨٠	٩٤,١٢	ممتاز

م	عناصر التقويم	الدرجة	النسبة	المستوى
-١١	ادوار الأخصائى الاجتماعى فى المجال	٨٢	٩٦,٤٧	ممتاز
-١٢	طرق دراسة وتشخيص الحالات الفردية	٨٠	٩٤,١٢	ممتاز
-١٣	التفاعل الاجتماعى لجماعات المعاقين	٨٣	٩٧,٦٥	ممتاز
-١٤	أساليب التسجيل للحالات الفردية	٨٠	٩٤,٢١	ممتاز
-١٥	أساليب تسجيل النشاط الجماعى	٧٩	٩٢,٩٤	ممتاز
-١٦	تخطيط برامج الرعاية الاجمتاعية المتكاملة	٧٧	٩٠,٥٩	ممتاز
-١٧	العلاج الاجتماعى للمعاقين	٨٠	٩٤,١٢	ممتاز
-١٨	ديناميات العمل الفريقى	٨٣	٩٧,٦٥	ممتاز
-١٩	البرامج الجماعية لجماعات المعاقين	٨٠	٩٤,١٢	ممتاز
-٢٠	الرعاية الأسرية للمعاقين	٨٣	٩٧,٦٥	ممتاز
	المجموع	١٠٤١	٩٤,٢١	ممتاز
	(جـ) الاستفادة من المهارات:			
-٢١	مهارات الدراسة والتشخيص	٧٦	٨٩,٤١	جيد جداً
-٢٢	مهارات حل المشكلات	٨٢	٩٦,٤٧	ممتاز
-٢٣	مهارات الرعاية المؤسسية	٨٠	٩٤,١٢	ممتاز
-٢٤	مهارات الرعاية الأسرية	٧٩	٩٢,٩٤	ممتاز
-٢٥	مهارات أداء الدور	٧٧	٩٠,٥٩	ممتاز
-٢٦	مهارات التسجيل	٦٩	٨١,١٨	جيد جداً
-٢٧	مهارات العلاج الجماعى	٧٣	٨٥,٨٨	جيد جداً
-٢٨	مهارات إعداد البرامج الجماعية	٧٩	٩٢,٩٤	ممتاز
-٢٩	مهارات العمل الفريقى	٧٩	٩٢,٩٤	ممتاز
	المجموع	٦٩٤	٩٠,٧٢	ممتاز
	(د) الاستفادة من الاتجاهات:			
-٣٠	تنمية معتقداتهم ومعرفتهم نحو المعاقين وكل ما يتعلق بهم.	٨٣	٩٧,٦٥	ممتاز
-٣١	تنمية الجانب العاطفى والوجدانى نحو المعاقين.	٨١	٩٥,٢٩	ممتاز
-٣٢	تنمية استعدادتهم السلوكية للعمل فى مؤسسات رعاية المعاقين.	٧٧	٩٠,٥٩	ممتاز
	المجموع	٢٤١	٩٤,٥١	ممتاز
	المجموع الكلى	٢٥٣٦	٩٣,٢٣	ممتاز

يتضح من الجدول السابق آراء الأخصائيين الاجتماعيين (المتدربين) فى البرنامج التدريبى، ارتفاع مستوى البرنامج التدريبى، فحصل على نسبة ٩٣,٢٣٪ وهذا يعنى أن البرنامج التدريبى ممتاز من وجهة نظرهم، وهذا يتفق مع نتائج اختبار فروض الدراسة التى أوضحت وجود علاقة إيجابية بين تطبيق البرنامج التدريبى والتنمية المهنية للأخصائيين الاجتماعيين وتحسين تفهمهم لأدوارهم المهنية، إلا أن ذلك لم يكن بنفس درجة مستوى نجاح البرنامج التدريبى من وجهة نظرهم، وذلك لتدنى وضعف المستوى المهنى للمتدربين، قبل حصولهم على

البرنامج التدريبى. وفيما يلى عرض للمشكلات التى واجهتهم أثناء البرنامج التدريبى ومقترحاتهم لمواجهتها:

المشكلات التى صادفت الأخصائيين الاجتماعيين أثناء البرنامج التدريبى من وجهة نظرهم:

- عدم وجود برنامج ترفيهى للأخصائيين الاجتماعيين المتدربين فى الفترة المسائية وأيام الإجازات وذلك بنسبة ٧٠,٦٩٪.
- كثرة المحاضرات النظرية رغم الاستفادة منها بنسبة ٤١,١٨٪.
- تنفيذ البرنامج التدريبى خلال فترة إمتحان أبناء الأخصائيين الاجتماعيين المتدربين بنسبة ٣٥,٢٩٪.
- قلة الأفلام التعليمية المعروضة وذلك بنسبة ٢٩,٤١٪.
- طول فترة المحاضرة الأولى (٣ ساعات) مستمرة وذلك بنسبة ٢٩,٤١٪.

أما مقترحاتهم لمواجهتها فتتمثل فى:

- زيادة عدد الدورات التدريبية على فترات مستمرة وذلك بنسبة ٩٤,١٢٪.
- توفير القيام بزيارات للمؤسسات النموذجية فى مجال رعاية وتأهيل المعاقين بنسبة ٨٨,٢٤٪.
- زيادة عدد الأفلام التعليمية الأجنبية والمحلية وذلك بنسبة ٥٢,٩٤٪.
- الحصول على محاضرة عامة من أساتذة علم النفس تضم معهم الأخصائيين النفسيين وذلك بنسبة ٤٧,٠٦٪.
- اختيار التوقيت المناسب للدورة التدريبية بعيداً عن امتحان أبناء المتدربين وذلك بنسبة ٣٥,٢٩٪.
- عقد دورة تدريبية تضم فريق العمل المهنى وذلك بنسبة ١٧,٠٦٪.

٢- عرض نتائج تقويم المدربين من وجهة نظر المتدربين:

وذلك بعرض درجات عناصر هذا التقويم والنسبة المئوية له ومستواه فيما يلى:

جدول رقم (١٠)

يوضح «نتائج تقويم المدربين»

م	عناصر التقويم	الدرجة	النسبة	المستوى
١-	التمكن من الموضوع	٧٧	٩٠,٥٩	ممتاز
٢-	جدة الموضوعات	٧٣	٨٥,٨٨	جيد جداً
٣-	مناسبة الموضوع للمجال	٧٧	٩٠,٥٩	ممتاز
٤-	الاستفادة من المدرب	٧٧	٩٠,٥٩	ممتاز
٥-	مهارة المدرب فى توصيل المعلومة	٨١	٩٥,٢٩	ممتاز
٦-	أسلوب المدرب فى التدريب	٧٨	٩١,٧٦	ممتاز
٧-	استخدام للأساليب التدريبية الحديثة	٧٥	٨٨,٢٤	جيد جداً
٨-	تنوع الأساليب التدريبية	٧٣	٨٥,٨٨	جيد جداً
	المجموع	٦١١	٨٩,٨٥	جيد جداً

٣- عرض نتائج تقويم المتدربين من وجهة نظر المدربين:

وتم ذلك من خلال ملء استمارة تقويم المتـدرب فى نهاية كل جلسة تدريبية ثم تم حساب متـوسط درجات المتدربين ككل فى نهاية البرنامج التدريبى ونسـبتها المئوية العام المتدربين ككل وفيما يلى عرض لهذه النتائج:

جدول رقم (١١)

يوضح «نتائج تقويم المدربين»

م	عناصر التقويم	الدرجة	النسبة	المستوى
١-	الانتظام في التدريب	٧٧	٩٠,٥٩	ممتاز
٢-	اليقظة والإنتباه	٦٩	٨١,١٨	جيد جداً
٣-	المشاركة الإيجابية في المناقشات	٧٣	٨٥,٨٨	جيد جداً
٤-	تقديم آراء جديدة	٦١	٧١,٧٦	جيد
٥-	الحرص علي أداء الواجبات والتكليفات	٧٤	٨٧,٠٦	جيد جداً
٦-	التعاون مع الزملاء	٨١	٩٥,٢٩	ممتاز
٧-	الاستجابة للتوجيهات	٨١	٩٥,٢٩	ممتاز
٨-	إتخاذ أدوار قيادية	٦٥	٧٦,٤٧	جيد جداً
٩-	الإهتمام العام بالتدريب	٨٣	٩٧,٦٥	ممتاز
	المجموع	٦٦٤	٨٦,٨٠	جيد جداً

وتتفق نتائج الجدول الســابق مع ما أسفرت عنه نتائج اختبـار صحة فروض الدراسـة، مع آراء الأخصـائيين الاجتـماعـين (المتـدربين) فى البرنامج التـدريبى (الدورة التدريبية) التى تم حصولهم عليها.

ثامناً: مناقشة نتائج الدراسة

أوضحت نتائج اختبار الفروض وجود علاقة إيجابية دالة إحصائياً بين تطبيق البرنامج التدريبى وزيادة المعلومات ومعارف الأخصائيين الاجتماعيين العاملين فى رعاية وتأهيل المعاقين وتنمية مهاراتهم المهنية واتجاهاتهم نحو المعاقين والعمل فى المجال. وتتفق هذه النتائج مع نتائج دراسة كل من «نوريس Norris» التى أوضحت أن البرنامج التدريبى أدى إلى أن اتجاهات المعلمين نحو الأطفال غير العادين أصبحت أكثر تقبلاً وواقعية. ومع دراسة «شابمان Chpman» حيث أوضحت نتائجها أن البرنامج التدريبى أدى إلى تغييرات إيجابية ذات دلالة فى معارف واتجاهات المعلمين تجاه الأطفال غير العادين.

بينما اختلفت مع دراسة «فنتون Fenton» التى أظهرت عدم فعالية البرنامج التدريبى فى زيادة معلومات المعلمين وتنمية اتجاهاتهم الإيجابية نحو التلاميذ المعاقين، أما بالنسبة لدراسات الخدمة الإجتماعية التى اهتمت بإعداد وتنفيذ وتقويم برامج تدريبية وإن كانت فى مجالات أخرى غير المعاقين فقد اتفقت نتائجها مع نتائج الدراسة فيما يتعلق بعلاقة وارتباط البرامج التدريبية فى زيادة معارف وتنمية المهارات والاتجاهات المهنية، وتحسن الأداء المهنى للأخصائيين الاجتماعيين الحاصلين عليها. ومن هذه الدراسات دراسة «تشونج وكانبا Canba & Cheung» ١٩٩٢، ودراسة «رفيق الصعيدى» ١٩٩٤، ودراسة «فاطمة عبد الله» ١٩٩٥، «وإيمان أحمد موسى» ١٩٩٧، وجمال «جمال شحاتة» ١٩٩٧. مما يؤكد ضرورة الاهتمام بالدورات (البرامج) التدريبية للأخصائيين الاجتماعيين فى مختلف المجالات قبل وأثناء العمل، ويشجع على ذلك اهتمام الأخصائيين الاجتماعيين (المتدربين) الذى أظهرته نتائج الدراسة.

هذا، وتؤكد الباحثة على أن الأهداف النهائية لبرامج التدريب هى تحسين أداء الأخصائيين الاجتماعيين لأدوارهم المهنية عملياً، إلا أن تعديل السلوك يحتاج إلى بعض الوقت لكى يظهر واضحاً عند التقويم. وبالرغم من التقويم الذى أجرته الباحثة إلا أنها تؤكد على ضرورة وأهمية «تقويم الأداء الفعلى» بعد فترة زمنية

(حوالى ستة أشهر) ذلك لأنه السبيل الحقيقى الواقعى للتعرف على مدى تطبيق المتدرب لما اكتسبه من معارف ومهارات واتجاهات، وتفهم لأدواره المهنية، فى أدائه لعمله وعلى أن يتم ذلك بوسائل متعددة من أهمها الملاحظة المقننة وغيرها من الأساليب التى تستخدم فى قياس الأداء الفعلى، مع استمارة مقابلة تربط بين التغييرات فى السلوك ونقاط محدودة فى محتوى مادة التدريب وأهدافه، وكذلك يمكن قياس التغيير فى المعارف والمهارات والاتجاهات باستخدام مقاييس الدراسة.

كذلك ترى الباحثة الاهتمام بتذليل الصعوبات التى تعوق أداء الأخصائيين الاجتماعيين لأدوارهم المهنية فى المجال، تلك التى انبثقت عن ورش العمل، والمناقشات الجماعية للمتدربين مع الباحثة وبلورها المتدربون ووضعوا المقترحات لها، وأظهرت الهيئة المشرفة على المشروع اهتماما بها ووعدت بعرضها على المسئولين لتذليل ما أمكن منها، وأهمها عدم توفير الإمكانيات المادية والبشرية فى مؤسسات رعاية وتأهيل المعاقين حتى يمكن للمتدرب تطبيق ما تعلمه، وعدم تفهم وتقدير الرؤساء فى العمل لأدوارهم المهنية وما طرأ عليها من تغيير مما يستوجب الاهتمام بتدريب الرؤساء أنفسهم.

كما ترى الاهتمام بنتائج الدراسة وخاصة فيما يتعلق بكل جديد فى المجال وتحديث معارف الأخصائيين الاجتماعيين، ودراسة الطرق المختلفة لتنمية مهاراتهم المهنية فى المجال وكذلك الاهتمام بدور الأخصائى مع الأنساق الآتية (المعاق، وجماعات المعاقين، ومجتمع المعاقين، والمجتمع)، مع الاستمرار فى الاهتمام بدوره مع نسق أسرة المعاق لأهميته. كذلك الأخذ فى الاعتبار تنظيم محاضرات عامة لفريق العمل المهنى من نسق أسرة المعاق لأهميته. وكذلك الأخذ فى الاعتبار تنظيم محاضرات عامة لفريق العمل المهنى من المتدربين، على أن يراعى أن يمثل المتدربون من الأخصائيين الاجتماعيين العاملين فى مؤسسات رعاية المعاقين بمختلف أنواعها. وكذلك مراعاة توفير زيارات ميدانية لنماذج من مؤسسات رعاية وتأهيل المعاقين؛ نظراً لعدم تمكن المتدربين فى البرنامج الحالى من القيام بها، مع زيادة عدد الأفلام التعليمية الأجنبية والمحلية مع الاهتمام بالإجابة الخاطئة للمتدربين على مقاييس الدراسة ذلك لأنه يعتبر مؤشرا لضرورة الاهتمام بها والتركيز عليها فى الدورات المقبلة التى ستعمم على مستوى الجمهورية إن شاء الله.

وتوصى الباحثة بضرورة الاهتمام والتعاون من جانب كلية الخدمة الاجتماعية جامعة حلوان، ببحث إمكانية إنشاء «مركز للتدريب» مهمته دراسة الاحتياجات التدريبية للأخصائيين الاجتماعيين فى المجالات المختلفة، والتخطيط للبرامج التدريبية وتنفيذها وتقويمها، وذلك حتى يمكن المساهمة فى تنميتهم مهنياً، وتحسين مستوى أدائهم لأدوارهم المهنية، ويساهم فى تحقيق أهداف المهنة ورفع مكانتها فى المجتمع، والمساهمة فى مواجهة مشكلات المجتمع وتحقيق أهدافه المختلفة فى جميع المجالات ولمختلف فئاته.

تاسعاً: ملاحق الدراسة

الملاحق الخاصة بأدوات الدراسة

١- استمارة مقابلة الخبراء فى الخدمة الاجتماعية لتحديد الاحتياجات التدريبية للأخصائيين الاجتماعيين العاملين فى مجال الإعاقة.

٢- مقياس اتجاهات الأخصائيين الاجتماعيين العاملين فى مؤسسات رعاية المعاقين نحو المعاقين.

٣- مقياس المهارات المهنية للأخصائيين الاجتماعيين العاملين فى مؤسسات رعاية المعاقين.

٤- مقياس تفهم الأخصائيين الاجتماعيين العاملين فى مؤسسات رعاية المعاقين لأدوارهم المهنية.

٥- استمارة تقويم البرنامج التدريبى.

٦- استمارة تقويم المدرب.

٧- استمارة تقويم المتدرب.

ملحق رقم (١)

استمارة مقابلة الخبراء فى الخدمة الاجتماعية لتحديد الاحتياجات التدريبية

إعداد: د/ نظيمة أحمد سرحان

أستاذ مساعد بكلية الخدمة الاجتماعية - جامعة حلوان

الإسم: الوظيفة:

س١: هل ترى سيادتكم أن الإعداد المهنى كاف لإعداد الأخصائيين الاجتماعيين العاملين فى مجال الإعاقة؟

نعم ( ) إلى حد ما ( ) لا ( )

س٢: فى حالة إذا كان الإعداد كافيا إلى حد ما، أو غير كاف، هل ترون أن الدورات التدريبية يمكنها المساهمة فى تحقيق التنمية المهنية وتحسين أداء الأخصائيين الاجتماعيين العاملين فى مجال الإعاقة لأدوارهم المهنية؟

نعم ( ) إلى حد ما ( ) لا ( )

س٣: من وجهة نظركم ما هى الجوانب المعرفية التى يجب أن يتضمنها البرنامج لتزويدهم؟ ....

....

س٤: وما هى المهارات المهنية التى ينبغى إكسابها للمتدربين؟

....

س٥: وما هى أهم الاتجاهات الإيجابية التى يجب تنميتها فى المتدربين؟

....

س٦: من وجهة نظركم ما هى أفضل الأساليب التدريبية التى يمكن الاعتماد عليها فى البرنامج التدريبى؟ ....

....

س٧: وما هى أهم الوسائل والأدوات التدريبية اللازمة لتطبيق البرنامج التدريبى؟ ....

....

ولسيادتكم جزيل الشكر،،، **د. نظيمة سرحان**

ملحق رقم (٢)

مقياس اتجاهات الأخصائيين الاجتماعيين
العاملين فى مؤسسات رعاية المعاقين نحو المعاقين

إعداد: د/ نظيمة أحمد سرحان
أستاذ مساعد بكلية الخدمة الاجتماعية - جامعة حلوان

بيانات أولية:

أرجو وضع علامة (✓) أمام الإجابة التى تناسبك:

١- الاسم: (اختيارى)

٢- النوع: ذكر ( ) أنثى ( )

٣- المؤهل العلمى:

- بكالوريوس خدمة اجتماعية ( )
- ليسانس آداب قسم اجتماع ( )
- دبلوم خدمة اجتماعية متوسط ( )
- أخرى تذكر

٤- سنوات الخبرة فى العمل فى مؤسسات رعاية المعاقين:

- أقل من ٣ سنوات ( )
- من ٣ سنوات إلى أقل من ٦ سنوات ( )
- من ٦ سنوات إلى أقل من ٩ سنوات ( )
- من ٩ سنوات إلى أقل من ١٢ سنة ( )
- أكثر من ١٢ سنة ( )

٥- نوع الإعاقة التى تعمل المؤسسة فى رعايتها:

تعليمات المقياس:

زملائى الأخصائيين الاجتماعيين يتكون هذا المقياس من مجموعة من الفقرات للتعرف على الاتجاهات نحو المعاقين، وستجدون أمام كل عبارة ثلاث رتب. والمرجو التكرم بوضع علامة (✓) أمام الرتبة التى تتفق ووجهة نظركم فى كل فقرة، مع رجاء عدم ترك آية فقرة بدون الإجابة عليها.

ولكم جزيل الشكر،،،

د. نظيمة سرحان

م	العبارة	موافق	موافق إلى حد ما	لا أوافق
١	تؤثر الإعاقة على قدرات الشخص.			
٢	أشعر بالضيق من التعامل مع المعاقين.			
٣	أرى أن العمل مع المعاقين لا يفيد المجتمع.			
٤	تؤثر الإعاقة على تكفيف المعاق من حركات زائدة .			
٥	لا أتقبل ما يصدر من المعاق من حركات زائدة.			
٦	العمل فى مجال رعاية المعاقين واجب دينى.			
٧	تنتشر مؤسسات رعاية المعاقين ليس له مستقبل .			
٨	لا يستطيع المعاق الاستفادة الكاملة من الخدمات التعليمية التى يستطيع الفرد العادى الاستفادة منها.			
٩	وجود المعاقين فى حفلة أو رحلة لا يجلب سوى السخرية والحرج.			
١٠	أتمنى الاستمرار فى العمل الاستفادة الكاملة من الخدمات المهنية التى يستطيع الفرد العادى الاستفادة منها.			
١١	وجود المعاقين فى حفله أو رحلة لا يجلب سوى السخرية والحرج.			
١٢	أتمنى الاستمرار فى العمل فى مؤسسات رعاية المعاقين.			
١٣	لا يستطيع المعاق الاستفادة الكاملة من الخدمات المهنية التى يستطيع الفرد العادى الاستفادة منها.			
١٤	أعتقد أن العاديين أحق بالرعاية من المعاقين.			
١٥	ليس هناك سب معقول يمنعنى من العمل فى مؤسسات رعاية المعاقين.			
١٦	تؤدى الإعاقة بالفرد إلى إضطربات نفسية سيئة.			
١٧	المعاقون يسببون متاعب كثيرة لمن يتعامل معهم.			
١٨	العمل فى مؤسسات رعاية المعاقين يتطلب مجهوداً كبيراً لا استطيع الاستمرار فى القيام به.			
١٩	يستطيع المعاق الاعتماد على نفسه فى كل شىء.			
٢٠	أرحب بأن يكون لأسرتى علاقات اجتماعية مع أسرة اخرى فيها شخص معاق.			
٢١	يجب أن نبذل كل ما فى وسعنا لتحقيق السعادة للمعاقين.			
٢٢	لا يترتب على الإعاقة اية آثار سلبية على المجتمع.			
٢٣	المعاق إنسان يجب احترامه وتقديره.			

م	العبارة	موافق	موافق إلى حد ما	لا اوافق
٢٤	يجب على الشباب العمل فى مجالات أخرى غير رعاية المعاقين.			
٢٥	يستطيع المعاق ممارسة اى علم يقوم به الشخص العادى.			
٢٦	أشعر أن العمل مع المعاقين يستحق الأولوية فى الاهتمام.			
٢٧	يشرفنى أننى أعمل فى مؤسسات رعاية المعاقين.			
٢٨	المعاق هو من يعانى من قصور جسمى عقلى فقط.			
٢٩	يضايقنى منظر العجز أو الإعاقة.			
٣٠	لا أستطيع الاستمرار فى مؤسسات رعاية المعاقين لأنه عمل شاق ومتعب.			
٣١	يحتاج المعاقين لعمليات تأهيل خاصة.			
٣٢	إحتياج المعاق للمساعدة لا يعنى أهدار كرامته.			
٣٣	أعمل فى وسسة رعياة المعقين بصفة مؤقتة لحين الحصول على عمل آخر.			
٣٤	للمعاق قدرات ومواهب يمكناستغلالها.			
٣٥	أشعر بالضيق من نظرة بعض أفراد المجتمع السلبية نحو المعاقين.			
٣٦	العائد المادى والأدبى من العمل فى مؤسسات رعاية المعاقين أقل مما أبذله.			
٣٧	تنتج الإعاقة من عوامل وراثية وبيئية .			
٣٨	أرى ضرورة الحد من إنشاء مؤسسات رعاية المعاقين.			
٣٩	لن استمر فى العمل مع فئات المعاقين حتى لو لم اجد عملاً آخر.			
٤٠	تتميز شخصية المعاق بالحساسية المفرطة.			
٤١	اعتقد أن تجنب التعامل مع المعاقين عمل غير إنسانى.			
٤٢	يفضل أن يعمل فى مجال رعاية المعاقين الأخصائيين الاجتماعيين من كبار السن.			
٤٣	تؤدى الإعاقة إلى عدم كفاية الشخص لأداء دوره الإقتصادى فى الحياة.			
٤٤	أرى أن للمعاق حقا فى الحياة كغيره من البشر.			
٤٥	يسعدنى التطوع لتقديم الخدمات المختلفة فى مجال رعاية المعاقين بدون أجر.			

م	العبارة	موافق	موافق إلى حد ما	لا أوافق
٤٦	الاكتشاف المبكر للإعاقة يكون له أثر فى تحسن الحالة.			
٤٧	أعتقد أن المعاقين خطرون ويجب على الناس تحاشيهم.			
٤٨	الإعاقة فى حد ذاتها لا تمنع الفرد من التفوق فى بعض المجالات.			
٤٩	أرى ضرورة عزل المعاقين عن العاديين.			
٥٠	يعد زواج الأقارب أحد العوامل الهامة المؤدية لظهور بعض الإعاقات.			
٥١	يجب أن يحظى المعاقين بعطفنا وإهتمامنا.			
٥٢	بالرعاية والتوجيه يمكن أن يؤدى المعاق دوره فى الأسرة والمجتمع.			
٥٢	التعامل مع المعاقين أمر مستحيل ولا أطيقه.			
٥٤	ليس من المهم تقديم كافة الخدمات للمعاقين.			
٥٥	أعتقد أن المعاقين لا يجلبون إلا التعاسة والشقاء للمجتمع.			
٥٦	تعمل الإعاقة على إعاقة توافق المعاق مع نفسه ومجتمعه.			
٥٧	رعاية العاقين حق واجب على المجتمع.			
٥٨	تكفل الدولة للمعاقين الحق فى العمل فى المؤسسات المختلفة.			
٥٩	أعتقد أن التعامل مع العاديين أفضل من التعامل مع المعاقين.			
٦٠	لا تقدم مؤسسات رعاية المعاقين مختلف الخدمات التى يحتاجونها.			

ملحق رقم (٣)

مقياس المهارات المهنية

للإخصائيين الاجتماعيين العاملين في مؤسسات رعاية المعاقين

إعداد: د/ نظيمة أحمد سرحان

أستاذ مساعد بكلية الخدمة الاجتماعية - جامعة حلوان

بيانات أولية:

أرجو وضع علامة (✓) أمام الإجابة التى تناسبك:

١- الأسم: (اختيارى)

٢- النوع: ذكر ( ) أنثى ( )

٣- المؤهل العلمى:

- بكالوريوس خدمة اجتماعية ( )
- ليسانس آداب قسم اجتماع ( )
- دبلوم خدمة اجتماعية متوسط ( )
- أخرى تذكر

٤- سنوات الخبرة فى العمل فى مؤسسات رعاية المعاقين:

- أقل من ٣ سنوات ( )
- من ٣ سنوات إلى أقل من ٦ سنوات ( )
- من ٦ سنوات إلى أقل من ٩ سنوات ( )
- من ٩ سنوات إلى أقل من ١٢ سنة ( )
- أكثر من ١٢ سنة ( )

٥- نوع الإعاقة التى تعمل المؤسسة فى رعايتها:

تعليمات المقياس:

زملائى الأخصائيين الاجتماعيين يتكون هذا المقياس من مجموعة من الفقرات للتعرف على الاتجاهات نحو المعاقين، وستجدون أمام كل عبارة ثلاث رتب. والمرجو التكرم بوضع علامة (✓) أمام الرتبة التى تتفق ووجهة نظركم فى كل فقرة، مع رجاء عدم ترك آية فقرة بدون الإجابة عليها.

ولكم جزيل الشكر،،،

د. نظيمة سرحان

م	العبارة	دائماً	غالباً	أحياناً	دائماً	لا
١	احرص على تكوين علاقة مهنية مع المعاقين.					
٢	استخدم أساليب الدراسة التيتحتاجها طبيعة مشكلة المعاق ونمط شخصيه.					
٣	احرص على ملاحظة سلوك المعاقين اثناء وجودهم بالمؤسسة.					
٤	احتفظ بالمعلومات الخاصة بالمعاق فى مكان امين.					
٥	أهتم بتحديد العوامل التى أدت إلى حدوث الإعاقة .					
٦	أحرص على التعرف على ميول واهتمامات المعاقين.					
٧	أهتم بتنمية القدرات المتبقية لدى المعاقين.					
٨	أتابع المعاق فى أثناء تعليمه وأساعده على التفوق.					
٩	احول الحالات التى تعجز المؤسسة عن تقديم خدمات لها إلى المؤسسات المتخصصة.					
١٠	أتابع المعاق فى أثناء تأهيله مهنياً وأساعده على النجاح فيه.					
١١	أهتم بدراسة السلوكيات المنحرفة داخل المؤسسة.					
١٢	أساعد أسرة المعاق على التعامل معه.					
١٣	أساعد جماعات المعاقين على تحقيق أهدافها.					
١٤	أساعد أسرة المعاق على الاستفادة من خدمات الموسسات المتخصصة بالمجتمع لمواجهة ما يعترضها من مشكلات.					
١٥	أهتم بتوجيه أسرة المعاق لرعاية المعاق فى بيئه.					
١٦	أحرص على كتابة التقارير وتسجيل العلومات التى تساعد فى تقويم عمل الجماعات.					

م	العبارة	دائماً	غالباً	احياناً	دائماً	لا
١٧	استخدم اساليب العلاج الأسرى مع أسرة المعاق.					
١٨	أحرص على تطبيق مبادئ العمل مع الجماعات فى المؤسسة.					
١٩	أساعد جماعات المعاقين بالمؤسسة فى المواقف المختلفة التى تعترض نموها.					
٢٠	أحرص على التعرف على إحتياجات المعاقين بالمؤسسة.					
٢١	أهتم بتعريف فريق العمل المهنى بالمؤسسة بدور الأخصائى الاجتماعى فى المؤسسة.					
٢٢	أساعد الجماعات على وضع البرامج المناسبة لها وتنفيذها.					
٢٣	أساعد المعاقين على التفوق رياضياً حسب إمكاناته المتبقية.					
٢٤	أهتم بالتعرف على أدوار فريق العمل المهنى بالمؤسسة.					
٢٥	أحرص على تنظيم لقاءات بين أهالى المعاقين والمسئولين عن رعاية أبنائهم بالمؤسسة.					
٢٦	اتصل بالمؤسسات الأخرى فى المجتمع لبحث إمكانية تعاونها مع المؤسسة.					
٢٧	أقوم بزيارات منزلية لأهالى المعاقين لتحقيق التعاون معها فى رعاية المعاق.					
٢٨	أحرص تنظيم لقاءات بين أهالى المعاقين لتبادل الخبرات والتعبير عن مشاعرهم معاً.					
٢٩	أشارك فى وضع خطة رعاية المعاق بالمؤسسة.					
٣٠	أقوم بتنظيم الاجتماعات اللازمة لفريق العمل المهنى بالمؤسسة.					
٣١	أشارك فى تقويم المؤسسة وخدماتها.					
٣٢	أشارك فى وضع سياسة المؤسسة.					
٣٣	أهتم بتوضيح سياسة وخدمات المؤسسة للمعاقين.					

م	العبارة	دائماً	غالباً	أحياناً	دائماً	لا
٣٤	أحرص على تطوير المؤسسة التى أعمل بها واعمل على تحسين خدماتها.					
٣٥	أهتم بإعداد التقارير المختلفة فى المؤسسة.					
٣٦	ألتزم بتعليمات المؤسسة وشروطها.					
٣٧	أهتم بتكوين جماعات المساعدة الذاتية من المعاقين.					
٣٨	أحرص على المشاركة مع فريق العمل المهنى فى التخطيط لخدمات المعاقين.					
٣٩	أهتم بتنفيذ التوجيهات والتعليمات التى ترد من الجهات العليا.					
٤٠	أحرص على المشاركة مع فريق العمل المهنى فى التخطيط لخدمات المعاقين.					
٤١	اقوم بتنظيم لقاءات مستمرة بين المعاقين وغيرهم من العاديين فى المناسبات المختلفة.					
٤٢	أحرص على تنظيم لقاءات وندوات لتوعية أسر المعاقين بالإعاقة وأسبابها وكيفية رعاية أبنائهم.					
٤٣	أحرص على توفير فرص العمل المناسبة للمعاق.					
٤٤	أحرص على تحديد إحتياجات المؤسسة ومواردها.					
٤٥	أتابع المعاق فى عمله حتى يمكنه الاستمرار والنجاح فيه.					
٤٦	استخدام الأسلوب العلمى فى دراسة المشكلات التى تعوق المؤسسة عن تحقيق أهدافها.					
٤٧	أهتم بمعرفة البيئة المحيطة بالمؤسسة حتى يمكنها تحقيق أهدافها.					
٤٨	اقوم بالإتصالات اللازمة لزيادة موارد المؤسسة حتى يمكنها تحقيق أهدافها.					
٤٩	أحرص على تنظيم الملفات والسجلات الخاصة بالعمل.					
٥٠	لدى القدرة على تطبيق أنواع العلاج الحديثة مع المعاق					
٥١	أهتم بمساعدة المؤسسة على توفير الخدمات اللازمة للعاملين بها.					

ملحق رقم (٤)

مقياس تفهم الأخصائيين الاجتماعيين
العاملين في مؤسسات رعاية المعاقين لأدوارهم المهنية

إعداد: د/ نظيمة أحمد سرحان
أستاذ مساعد بكلية الخدمة الاجتماعية - جامعة حلوان

بيانات أولية:

أرجو وضع علامة (✓) أمام الإجابة التى تناسبك:

١- الأسم: (اختيارى)

٢- النوع: ذكر ( ) أنثى ( )

٣- المؤهل العلمى:

- بكالوريويس خدمة اجتماعية ( )
- ليسانس أداب قسم اجتماع ( )
- دبلوم خدمة اجتماعية منوسط ( )
- أخرى تذكر

٤- سنوات الخبرة فى العمل فى مؤسسات رعاية المعاقين:

- أقل من ٣ سنوات ( )
- من ٣ سنوات إلى أقل من ٦ سنوات ( )
- من ٦ سنوات إلى أقل من ٩ سنوات ( )
- من ٩ سنوات إلى أقل من ١٢ سنة ( )
- أكثر من ١٢ سنة ( )

٥- نوع الإعاقة التى تعمل المؤسسة فى رعايتها:

تعليمات المقياس:

زملائى الأخصائيين الاجتماعيين يتكون هذا المقياس من مجموعة من الفقرات للتعرف على الاتجاهات نحو المعاقين، وستجدون أمام كل عبارة ثلاث رتب. والمرجو التكرم بوضع علامة (✓) أمام الرتبة التى تتفق ووجهة نظركم فى كل فقرة، مع رجاء عدم ترك آية فقرة بدون الإجابة عليها.

ولكم جزيل الشكر،،،

د. نظيمة سرحان

م	العبارة	دائماً	غالباً	أحياناً	نادراً	لا
١	اقوم بإجراء البحث الاجتماعى الشامل لحالة المعاق.					
٢	اهمتم بالتعرف على الواقع الاجتماعى لأسر المعاقين.					
٣	اخطط للأنشطة والبرامج الترويحية بالمؤسسة:					
٤	اقوم بدراسة احتياجات ومشكلات مجتمع المعاقين بالمؤسسة.					
٥	لا اهتم بشرح دورى لفريق العمل المهنى بالمؤسسة.					
٦	اساهم فى تقويم الخدمات التى تقدمها المؤسسة.					
٧	اقوم بالمشاركة فى وضع الخطط العامة لرعاية المعاقين.					
٨	اقدم الخدمات الفردية للمعاق المحتاج لها.					
٩	اساعد الأسرة على تقبل المعاق وإعاقته.					
١٠	أساعد جماعات المعاقين على ممارسة الأنشطة المحببة لهم.					
١١	لا اهتم بالتعرف على آراء المعافين فيما يقدم لهم من خدمات.					
١٢	يهمنى معرفة أدوار التخصصات الأخرى بالمؤسسة.					
١٣	اهتم بدراسة الصعوبات التى تواجه المؤسسة.					
١٤	اقوم بتوعية المجتمع المحيط بالمؤسسة بالمعاقين وكيفية التعامل معهم.					
١٥	أوضح للمعاق مسئوليات الأخصائى الاجتماعى.					
١٦	أعمل على التخفيف من المشاعر والإتجاهات السلبية للأسرة نحو المعاق.					
١٧	اهتم بتدريب الحواس والقدرات المتبقية لدى المعاق.					
١٨	لا أستطيع الاستفادة من قدرات وإمكانات مجتمع المعاقين بالمؤسسة لمواجهة المشكلات البيئية بها.					

م	العبارة	دائماً	غالباً	احياناً	نادراً	لا
١٩	اهتم بالتنسيق بين مسئوليات فريق العمل المهنى بالمؤسسة.					
٢٠	لا يعنينى حل الصعوبات التى تواجه المؤسسة.					
٢١	اعمل على حث أصحاب الأعمال للإقبال على تشغيل المعاقين.					
٢٢	أساعد المعاق على معرفة شروط المؤسسة وأهدافها.					
٢٣	اهتم بتزويد أسرة المعاق بالمعلومات عن الإعاقة واسبابها وطرق الوقاية منها.					
٢٤	لا توجد الفرصة للمعاقين للتعبير عن ذواتهم.					
٢٥	اقوم بتنظيم المعاقين للمطالبة بحقوقهم.					
٢٦	اعمل على التعاون مع التخصصات الأخرى بالمؤسسة.					
٢٧	لا يهمنى تكوين علاقة متوازنة مع الجهاز الإدارى بالمؤسسة.					
٢٨	اقوم بحث أصحاب الأعمال لتوفير السلامة اللازمة للمعاقين.					
٢٩	لا استخدام العلاج المعرفى مع المعاق.					
٣٠	اهتم بتوعية الأسرة بكيفية التعامل مع المعاق.					
٣١	اشجع المعاقين على تكوين علاقات اجتماعية مع بعضهم البعض.					
٣٢	ادافع عن حقوق المعاقين وخاصة الذين يساء معاملتهم.					
٣٣	لا يحتاج فريق العمل لمن يمده بالمعلومات عن الحالات.					
٣٤	اقوم بدراسة احتياجات العاملين فى مجتمع المنظمة.					
٣٥	لا اهتم بالدعوة لإصدار مزيد من التشريعات للمعاقين.					
٣٦	أساعد المعاق على تقبل إعاقته.					
٣٧	اهتم بتوجيه الأسرة إلى المؤسسات الأخرى فى المجتمع للاستفادة منها فى حالة احتياجها لذلك.					
٣٨	اهتم بتزويد جماعات المعاقين بالخبرات الحياتية اللازمة لهم.					

م	العبارة	دائماً	غالباً	أحياناً	نادراً	لا
٣٩	لا اقوم بالاتصال بمنظمات المجتمع حتى لو كان مجتمع المعاقين بالمؤسسة فى حاجة لخدماتها.					
٤٠	انظم للاجتماعات الدورية بين فريق العمل المهنى.					
٤١	لا يمكن التأثير فى سياسة المؤسسة حسب آراء المهنيين بها.					
٤٢	لا استطيع مطالبة المجتمع بتنفيذ الهندسة التأهيلية فى اماكن تواجد المعاقين.					
٤٣	أساعد المعاق صغير السن على مواصلة تعليميه.					
٤٤	اقوم بتوثيق الصلة بين اسرة المعاق والمؤسسة التى ترعاه.					
٤٥	اعمل على غرس العادات السليمة اثناء ممارسة البرامج الجماعية.					
٤٦	اساعد مجتمع المعاقين على المطالبة بحقوقهم.					
٤٧	أعمل على مواجهة المشكلات التى تحدث بين فريق العمل المهنى.					
٤٨	اعمل على التأثير فى عملية إتخاذ القرارات بالمؤسسة لصالح المعاقين.					
٤٩	اقوم بتوعية المجتمع المحيط بالمؤسسة بالإعاقة وكيفية التغلب عليها.					
٥٠	من الصعب مساعدة المعاق كبير السن فى علمية التأهيل المهنى.					
٥١	اتيح الفرصة لأباء وامهات المعاقين للتقابل والتشاور معاً فى إعاقات ابنائهم.					
٥٢	لا استطيع علاج العادات غير المرغوب فيها اثناء ممارسة البرامج الجماعية.					
٥٣	لا أتدخل فى توصيل آراء وإقتراحات مجتمع المعاقين للمسئولين.					
٥٤	اقوم بتوصيف الدور الخاص بى مع فريق العمل المهنى.					

م	العبارة	دائماً	غالباً	أحياناً	نادراً	لا
٥٥	أساهم فى تدريب العاملين بالمؤسسة على كيفية التعامل مع المعاقين.					
٥٦	أشارك فى الدعوة لإنشاء مزيد من المؤسسات لخدمة ورعاية المعاقين.					
٥٧	ليس من مسئوليتى مساعدة المعاق فى الحصول على العمل المناسب له.					
٥٨	أساعد الأسرة على كيفية رعاية المعاق فى بيئته فى حالة رغبتها فى ذلك.					
٥٩	لا أستطيع خلق فرص الإحتكاك بين جماعات المعاقين والعاديين					
٦٠	ليس من مسئوليتى تنمية موارد وإمكانيات المؤسسة.					
٦١	لا يوجد عندى وقت لحضور المؤتمرات الندوات الخاصة بالعاملين.					
٦٢	اهتم بمساعدة المعاق على مواجهة ما يعترضه من مشكلات.					
٦٣	لا اقوم بزيارة الأسرة التى ترعى المعاق لديها.					
٦٤	أهتم باكتشاف المواهب والقدرات الخاصة للمعاقين.					
٦٥	لا أستطيع المشاركة فى عقد وتنظيم الندوات الخاصة بالمعاقين.					
٦٦	ينتهى دورى بمجرد حصول المعاق على العمل المناسب فلا أقوم بزيارته ومتابعته فى عمله.					
٦٧	أعمل على تنمية قدرات أفراد الأسرة على تحمل مسئوليتهم تجاه المعاق.					
٦٨	أتيح الفرصة للمعاقين لتنمية مواهبهم وقدراتهم الخاصة.					
٦٩	لا أشارك فى الدعوة لتوفير وسائل الوقاية من الإعاقة.					
٧٠	أساعد المعاق فى الحصول على الأجهزة التعويضية اللازمة له.					
٧١	أهتم بتنمية قدرات أفراد الأسرة على مواجهة ما يعترضهم من مشكلات.					

م	العبارة	دائماً	غالباً	أحياناً	نادراً	لا
٧٢	لا يوجد داع لتنمية علاقات جماعات المعاقين مع المسئولين بالمؤسسة.					
٧٣	ليس من مسئوليتى حيث أفراد المجتمع العاديين على إنشاء جمعيات صداقة ونوادى تضم المعاقين والعاديين من أفراد المجتمع.					
٧٤	أهتم بمساعدة المعاق على تقبل المؤسسة.					
٧٥	أعمل على تقوية الوازع الدينى لدى أسرة المعاق.					
٧٦	أهتم بتكوين جماعات العمل الجماعى لإنجاز بعض الأعمال فى المؤسسة.					
٧٧	المعاق ليس فى حاجة لمن يقوم بتبصيره بحقوقه وواجباته.					
٧٨	إهتم بمشاركة جماعات المعاقين فى المؤسسة فى تنمية المجتمع المحلى المحيط بالمؤسسة.					
٧٩	ليس من مسئوليتى مساعدة المعاق فى الحصول على الخدمات من المؤسسات الأخرى فى المجتمع.					
٨٠	يحصل المعاق على الخدمات اللازمة له دون مساعدتى.					

ملحق رقم (٥)

استمارة تقويم البرنامج التدريبى

أولاً: البيانات أولية:

١- الاسم:

٢- النوع: ذكر ( ) أنثى ( )

٣- السن:

٤- الوظيفة:

٥- مقر جهة العمل:

٦- المؤهل العلمى:

٧- مدة العمل فى مجال رعاية المعاقين:

أقل من ٣ سنوات ( )

من ٣ - ٦ ( )

من ٦ - ٩ ( )

من ٩ - ١٢ ( )

٨- نوع الإعاقة التى تقوم المؤسسة برعايتها:

٩- هل حصلت على دورات تدريبية قبل العمل فى مجال رعاية المعاقين؟

نعم ( ) لا ( )

١٠- هل حصلت على دورات تدريبية أثناء العمل فى مجال رعاية المعاقين؟

نعم ( ) لا ( )

تعليمات المقياس:

زملائى الأخصائيين الاجتماعيين تتكون استمارة التقويم التالية من مجموعة من الفقرات للتعرف على مدى استفادتك من الدورة التدريبية، ولمواجهة أوجه القصور فيها فى الدورات المقبلة، وستجدون أمام كل عبارة أربع رتب، والمرجو وضع علامة (✓) أمام الرتبة التى تتفق ووجهة نظركم فى كل فقرة، مع رجاء عدم ترك فقرة بدون الإجابة عليها.

ولكم منى جزيل الشكر،،، **د. نظيمة سرحان**

ثانياً: عناصر تقويم البرنامج التدريبى

الموضوع	التقييم				
	دائماً	غالباً	أحياناً	دائماً	لا
أ- عام:					
- جدة الموضوعات.					
- أهمية الموضوعات.					
- مناسبة الموضوعات لطبيعة المجال.					
- الحاجة إلى الموضوعات.					
- مناسبة المكان الذى تم فيه التدريب.					
- مناسبة العدد الذى حضر التدريب من الدراسين.					
ب- الاستفادة من المعارف					
- السياسات ومتطلبات فى مجال الإعاقة.					
- الاتجاهات الحديثة فى الرعاية المؤسسية للمعاقين.					
- تأهيل المعاقين.					
- دور الأخصائى فى المجال.					
- طرق دراسة وتشخيص الحالات الفردية.					
- التفاعل الاجتماعى لجماعات المعاقين.					
- أساليب تسجيل النشاط الفردى.					
- أساليب تسجيل النشاط الجماعى.					
-تخطيط برامج الرعاية الاجتماعى المتكاملة.					
- العلاج الاجتماعى للمعاقين.					
- ديناميات العمل الفريقى.					
- البرامج الاجتماعية لجماعات المعاقين.					
- الرعاية الأسرية للمعاقين.					
جـ- الاستفادة من المهارات:					
- مهارات الدراسة والتشخيص.					
- مهارات دراسة وتحليل المشكلة.					

الموضوع	التقييم				
	دائماً	غالباً	أحياناً	نادراً	لا
- مهارات الرعاية المؤسسية.					
- مهارات الرعاية الأسرية.					
- مهارات أداء الدور.					
- مهارات التسجيل.					
-مهارات العلاج الاجتماعي.					
- مهارات إعداد البرامج الجماعية.					
- مهارات العمل الفريقي.					
د- الاستفادة من الاتجاهات					
- الإتجاه نحو تقدير ظروف المعاقين.					
- الإتجاه نحو تقبل ظروف المعاقين وعدم التحامل.					
- الإتجاه نحو احترام الفروق الفردية					
- الإتجاه نحو تقدير العمل العلمي					
- الإتجاه نحتو احترام زملاء المهنة					
- الإتجاه نحو احترم فريق العمل المهني					
- الإتجاه نحو احترام سرية المعلومات					
- الإتجاه نحو العدالة الاجتماعية وعدم التميز					

ثالثاً: المشكلات والمقترحات

- ما هي المشكلات التي صادفتك أثناء حضورك برنامج الدورة التدريبية؟

* ....

- ما هي مقترحاتك لتحسين مستوى الدورات التدريبية المقبلة والاستفادة منها؟

* ....

ملحق رقم (٦)

استمارة تقويم المتدرب

الموضوع	التقييم				
	دائماً	غالباً	أحياناً	نادراً	لا
١- الانتظام فى التدريب.					
٢- اليقظة والإنتباه.					
٣- المشاركة الإيجابية فى المناقشات.					
٤- تقديم آراء جديدة.					
٥- الحرص على أداء الواجبات والتكليفات.					
٦- التعاون مع الزملاء.					
٧- الاستجابة للتوجيهات.					
٨- اتخاذ أدوار قيادية.					
٩- الإهتمام العام بالتدريب.					

ملحق رقم (٧)

استمارة تقويم المدرب

الموضوع	التقييم				
	دائماً	غالباً	أحياناً	نادراً	لا
١- التمكن من الموضوع.					
٢- جدية الموضوعات.					
٣- مدى مناسبة الموضوع للمجال.					
٤- مدى الاستفادة من المدرب.					
٥- مهارة المدرب فى توصيل المعلومة.					
٦- أسلوب المدرب فى التدريب.					
٧- مدى استخدام الأساليب الحديثة.					
٨- جدية الأساليب.					

المراجع والمصادر

المراجع العربية:

١- إبراهيم أبو الفدا، لويس كامل مليكة: **البحث الاجتماعي، مناهجه، أدواته**، (القاهرة، سرس الليان، ١٩٥٦).

٢- إبراهيم مدكور: **معجم العلوم الاجتماعية**، (القاهرة، الهيئة المصرية العامة للكتاب، ١٩٧٥).

٣- أحمد السنهوري، ونظيمة أحمد سرحان وآخرون: **الخدمة الاجتماعية مع الفئات الخاصة**، (القاهرة، دار الثقافة للطباعة والنشر والتوزيع، ١٩٩١).

٤- ———— : **الخدمة الاجتماعية مع الفئات الخاصة**، (جامعة حلوان، كلية الخدمة الاجتماعية، ١٩٩٣).

٥- ———— وآخرون: **مدخل الخدمة الاجتماعية مع بيان الاتجاهات الحديثة**، (القاهرة، دار النهضة العربية، ١٩٩٤).

٦- ———— ومريم حنا وآخرون: **ممارسة الخدمة الاجتماعية مع الفئات الخاصة**، (جامعة القاهر، كلية الخدمة الاجتماعية، ١٩٩٨).

٧- أحمد زايد: **علم الاجتماع بين الاتجاهات الكلاسيكية والنقدية**، (القاهرة: دار المعارف، الطبعة الثانية، ١٩٨٤)، ص ١٢١.

٨- أحمد صقر عاشور: **إدارة القوى العاملة**، (الإسكندرية، دار المعرفة، ١٩٨٤).

٩- أحمد عزت راجح: **أصول علم النفس**، (الاسكندرية، المكتب المصرى الحديث، ط ٩، ١٩٧٣).

١٠- أحمد فؤاد عبد الجواد: «كيف يواصل المعلم نموه المهنى»، بحث فى: **مجلة التربية الحديثة**، (العدد الأول، أكتوبر، ١٩٦٩).

١١- أحمد محمد نصر: **تقويم ممارسة الخدمة الاجتماعية مع الأطفال المتخلفين عقليا دراسة مطبقة على مدارس التربية الفكرية فى ج. م. ع.**، رسالة ماجستير غير منشورة، (جامعة القاهرة، كلية الخدمة الاجتماعية، ١٩٩١).

١٢- إسماعيل شرف: **تأهيل المعوقين**، (الإسكندرية، المكتب الجامعى الحديث، ١٩٨٦).

١٣- إسماعيل صبرى عبد الله: «التنمية البشرية المفهوم والقياس والدلالة»، ورقة عمل فى: **المؤتمر العلمى السابع**، (جامعة القاهرة، كلية الخدمة الاجتماعية، ١٩٩٤).

١٤- إسماعيل رياض: «النمو المهنى»، بحث فى: **مجلة الخدمة الاجتماعية**، (القاهرة، الشركة المصرية للطباعة، العدد ٢٦ و ٢٧، ١٩٦٨).

١٥- إسماعيل مصطفى: **فعالية نموذج التركيز على المهام فى خدمة الفرد لتحقيق التوافق الاجتماعى لمدمنى المخدرات**، رسالة دكتوراه، غير منشورة، (جامعة حلوان، كلية الخدمة الاجتماعية، ١٩٩٢).

١٦- السيد الحسينى: **النظرية الاجتماعية ودراسة التنظيم**، (القاهرة، دار المعارف، ١٩٧٠).

١٧- السيد رمضان: **إسهامات الخدمة الاجتماعية فى مجال رعاية الفئات الخاصة**، (الإسكندرية، المكتب الجامعى الحديث، ١٩٩٠).

١٨- انتصار يونس: **السلوك الإنسانى**، (القاهرة، دار المعارف، ١٩٧٤).

١٩- أنور محمد الشرقاوى، وآخرون: **اتجاهات معاصرة فى القياس والتقويم النفسى والتربوى**، (القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية، ١٩٩٦).

٢٠- أنيس عبد الملك: **خدمة الجماعة والريادة**، (القاهرة، مكتبة القاهرة الحديثة، ط ٢، ١٩٦٤).

٢١- إيمان أحمد موسى: **العلاقة بين البرامج التدريبية التنشيطية للأخصائيين الاجتماعيين بالوحدات العلاجية وزيادة أدائهم المهنى**، رسالة دكتوراه غير منشورة، (جامعة القاهرة، كلية الخدمة الاجتماعية، ١٩٩٧).

٢٢- بحرية داود الجناينى، **دراسة تجريبية للخصائص النفسية للأطفال الصم**، رسالة ماجستير، غير منشورة، (جامعة عين شمس) كلية التربية، ١٩٧٠).

٢٣- بدرية كمال أحمد، **ظاهرة اللجلجة فى ضوء بعض العوامل النفسية والاجتماعية**، رسالة دكتوراه غير منشورة، (كلية البنات، جامعة عين شمس، ١٩٨٥).

٢٤- ثريا عبد الرؤوف جبريل وآخرين: **رعاية الفئات الخاصة**، (جامعة حلوان، كلية الخدمة الاجتماعية، ١٩٩٤).

٢٥- جمال شحاتة حبيب: «العلاقة بين تطبيق برنامج تدريبى للأخصائيين الاجتماعيين وتنمية أدائهم المهنى»، بحث فى: **مجلة دراسات فى الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية**، (جامعة حلوان، كلية الخدمة الاجتماعية، العدد الثانى، إبريل ١٩٩٧).

٢٦- جمال شكرى: «التسجيل فى خدمة الفرد»، فى: محمد شريف صقر وآخرين: **المدخل إلى خدمة الفرد**، (جامعة حلوان، كلية الخدمة الاجتماعية، ١٩٩٦).

٢٧- جمعية كريتاس - مصر: «برنامج التربية الخاصة للطفل المعوق ذهنياً فى بيئة وبها»، فى: **مركز سيتى للتدريب ودراسات الإعاقة العكسية**، (القاهرة، الدار المصرية للطباعة والنشر وإجراء البحوث العلمية، ١٩٩٢).

٢٨- حامد الفقى: **التأخر الدراسى**، (القاهرة، عالم الكتب، ١٩٧٤).

٢٩- حامد عبد السلام زهران: **علم النفس الاجتماعى**، (القاهرة، عالم الكتب، ط٣، ١٩٧٤).

٣٠- حمدى حسن حسانين: **دراسة لاتجاهات العاديين نحو المتخلفين عقليا**، (المنيا، دار حراء، ١٩٨٣).

٣١- حمدى محمد إبراهيم منصور: **دراسة وصفية لاتجاهات الوالدين نحو كف بصر طفلها وعلاقته بالتوافق الشخصى والاجتماعى للطفل**، رسالة ماچستير غير منشورة (جامعة حلوان، كلية الخدمة الاجتماعية، ١٩٨٦).

٣٢- رشاد أحمد عبد اللطيف: **المنظم الاجتماعى يقدم المشورة المهنية لإحدى المؤسسات التطوعية**، (الرياض، المركز العربى للدراسات الأمنية، ١٩٩٢).

٣٣- ———————— : «اتجاهات حديثة فى تنمية المجتمع»، بحث فى: **المؤتمر العلمى الثامن للخدمة الاجتماعية**،(جامعة القاهرة، كلية الخدمة الاجتماعية، ١٩٩٥).

٣٤- رشدى فام منصور: «التقويم وأسسه»، فى: **التقويم كمدخل لتطوير التعليم**، (جامعة عين شمس، المركز القومى للبحوث التربوية، ١٩٧٩).

٣٥- رفيق الصعيدى: **نحو برنامج تدريبى لرفع كفاءة الأخصائى بجهاز رعاية الشباب فى كليات ومعاهد الخدمة الاجتماعية**، رسالة دكتوراه غير منشورة، (جامعة القاهرة، كلية الخدمة الاجتماعية، ١٩٩٤).

٣٦- رئاسة مجلس الوزراء، المجلس القومى للطفولة والأمومة: **الدراسة المتكاملة لظاهرة العجز بين الأطفال (< ١٥ سنة) فى محافظات أسوان، كفر الشيخ، الجيزة**، (القاهرة، رئاسة مجلس الوزراء المجلس القومى للطفولة والأمومة، أكتوبر ١٩٩٦).

٣٧- زينب إسماعيل: **دراسة مقارنة بين الأطفال الصم وعادين السمع من حيث الاستجابات العصابية**، رسالة ماجستير غير منشورة، (كلية التربية، جامعة عين شمس، ١٩٦٨).

٣٨- زينب حسين أبو العلا وآخرون: **الخدمة الاجتماعية فى محيط الفئات الخاصة**، (جامعة حلوان، كلية الخدمة الاجتماعية، ١٩٨٦).

٣٩- سالم صديق أحمد: «اللقاء بين مهنة الخدمة الاجتماعية ومهنة التعليم»، بحث فى: **المؤتمر العلمى الثانى**، لمركز تطوير التعليم الجامعى، (جامعة عين شمس، مركز تطوير التعليم الجامعى، ١٩٩٥).

٤٠ سعاد بسيونى «دراسة ميدانية لبعض مشكلات تعليم الصم فى ج. م. ع.»، بحث فى: **المؤتمر الدولى الحادى عشر للإحصاء والحسابات العلمية والبحوث الاجتماعية والسكانية**، (القاهرة، ١٩٨١). ص ١٧.

٤١- سلامة غباري وآخرون: **مدخل في الرعاية الاجتماعية**، (الأسكندرية، التعليم الجامعي الحديث، ط٢، ١٩٨٠).

٤٢- سمير حسن منصور: **الإعداد المهني للأخصائي الاجتماعي وتوطين الخدمة الاجتماعية**، رسالة دكتوراه غير منشورة، (جامعة القاهرة، كلية الخدمة الاجتماعية، ١٩٩٠).

٤٣- سهام مراد: **دور الأخصائي الاجتماعي في تحقيق التأهيل للمتخلفين عقلياً**، رسالة ماچستير غير منشورة، (جامعة القاهرة، كلية الخدمة الاجتماعية، ١٩٩٤).

٤٤- سيد أبو بكر حسانين: **طريقة الخدمة الاجتماعية في تنظيم المجتمع**، (القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية، ١٩٧٦).

٤٥- سيد خير الله، لطفي بركات: **سيكولوچية الطفل الكفيف وتربيته**، (القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية ١٩٦٧).

٤٦- صالح عبد الله هارون: **دراسة اتجاهات معلمي ومعلمات التربية الفكرية نحو المتخلفين عقليا قبل الإعداد المهني وبعده**، رسالة ماچستير غير منشورة، (جامعة عين شمس، كلية التربية، ١٩٨١)، ص ٢٥.

٤٧- صلاح الدين الحمصاني: «خدمات التأهيل في مصر»، في: **المؤتمر الثالث للخدمة الاجتماعية الطبية، دور الأسرة والمجتمع في رعاية المعوقين**، (القاهرة، ج امعة الشعوب الإسلامية والعربية ٢٢- ٢٤ ديسمبر ١٩٨١).

٤٨- صلاح العبد: **علم الاجتماع التطبيقي وتنمية المجتمع العربي**، (القاهرة، دار التعاون، ١٩٧٢).

٤٩- صلاح عبد المنعم حوطر: **مقياس الاتجاه نحو العمل في الصحراء**، (القاهرة، الأنجلو المصرية، ١٩٧٩).

٥٠- طارق فتحي سيد: **دور الأخصائي الاجتماعي في العمل مع الحالات الفردية من المتخلفين عقلياً**، رسالة ماچستير غير منشورة، (جامعة حلوان، كلية الخدمة الاجتماعية، ١٩٨١).

٥١- طلعت حسن عبد الرحيم: **علم النفس الاجتماعى المعاصر**، (القاهرة، دار الثقافة، ط ٢، ١٩٨١).

٥٢- عاطف الششتاوى: **تقويم برامج تدريب معلمى المرحلة الابتدائية أثناء الخدمة فى ج. م. ع.** رسالة ماجستير غير منشورة، (جامعة الأزهر، كلية التربية، ١٩٨٠).

٥٣- عبد الباسط محمد حسن: **أصول البحث الاجتماعى**، (القاهرة، مكتبة وهبة، ط٢، ١٩٨٢).

٥٤- —————— : **أصول البحث الاجتماعى**، (القاهرة، مكتبة وهبة، ط٥، ١٩٨٦).

٥٥- عبد الحليم رضا عبد العال: **تنظيم المجتمع - النظرية والتطبيق**،(القاهرة، المطبعة التجارية، ١٩٨٦).

٥٦- عبد الحليم رضا عبد العال: **البحث فى الخدمة الاجتماعية**، (القاهرة، دار الثقافة والنشر، ١٩٨٨).

٥٧- عبد الحميد عبد المحسن: **إعداد الأخصائى الاجتماعى فى المملكة العربية السعودية**، دراسة مطبقة بكليات ومعاهد الخدمة الاجتماعية بمدينة الرياض، (القاهرة: برنت سنتر، ١٩٨٦).

٥٨- —————— : «العمل الفريقى فى ممارسات الخدمة الاجتماعية»، فى: **المؤتمر العلمى الرابع، ديناميات العملى الفريقى فى مجالات ممارسة الخدمة الاجتماعية**، و (جامعة القاهرة، كلية الخدمة الاجتماعية، ٢٣ - ٢٥ أبريل، ١٩٩١).

٥٩- —————— : «الإنسان محور التنمية»، ورقة عمل أساسية فى: **المؤتمر العلمى السابع**، (جامعة القاهرة، كلية الخدمة الاجتماعية، ١٩٩٤).

٦٠- عبد الرحمن مصطفى عبد الرحمن: «المعلم والمعاق»، فى: **مجلة المقال**، (الإمارات العربية المتحدة، الشارقة، العدد ٢٧٧، ١٩٩٤).

٦١- عبد السلام عبد الغفار: **سيكولوجية الطفل غير العادى والتربية الخاصة**، (القاهرة، دار النهضة العربية، ١٩٦٦).

٦٢- عبد الصبور إبراهيم سعدان: العلاقة بين ممارسة العلاج الأسرى فى خدمة الفرد وتعديل الاتجاهات الوالدية السالبة نحو كف بصر طفلها، بحث فى: **المؤتمر العلمى السنوى السابع للخدمة الاجتماعية**، (جامعة حلوان، كلية الخدمة الاجتماعية، ٧ - ٩ ديسمبر ١٩٩٣).

٦٣- عبد الفتاح عثمان: **الرعاية الاجتماعية للمعوقين**، (القاهرة، مكتبه الأنجلو، ١٩٦٩).

٦٤- ———————: **الرعاية الاجتماعية والنفسية للمعوقين**، (القاهرة: مكتبه الانجلو المصرية، ١٩٧٩).

٦٥- ———————: **خدمة الفرد فى المجتمع النامى**، (القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية، ١٩٨٠).

٦٦- ———————: **الرعاية الاجتماعية والنفسية للمعوقين**، (القاهرة، الأنجلو المصرية، ١٩٨١).

٦٧- عبد الكريم درويش، ليلى تكلا: **أصول الإدارة العامة**، (القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية، ١٩٨٠).

٦٨- عبد العزيز الشخص: «اتجاهات بعض العاملين فى التعليم نحو المعاقين»، فى: **مجلة دراسات تربوية**، المجلد الأول، الجزء الرابع، (القاهرة، عالم الكتب، ١٩٨٦).

٦٩- عبد العزيز النوحى: **دراسة وصفية لمدى وعى الاسرة بحاجات الطفل الكفيف وأساليب مواجهة القيود التى يفرضها عليه كف البصر**، (رسالة ماجستير غير منشورة ، (جامعة حلوان، كلية الخدمة الاجتماعية، ١٩٧١).

٧٠- عبد العزيز فهمى: «رعاية الطفل الكفيف فى أسرته، ودور مقترح لأخصائى خدمة الفرد فى تعليم الوالدين»، بحث فى: **مجلة الخدمة الاجتماعية**، (القاهرة، الجمعية المصرية للأخصائيين الاجتماعيين، ١٩٨٤).

٧١- عبد العزيز مختار: «سياسات الرعاية الاجتماعية وارتباطها ببرامج الإصلاح الاقتصادى»، بحث فى: **المؤتمر العلمى السابع**، (جامعة حلوان، كلية الخدمة الاجتماعية، ١٩٩٣).

٧٢- عبد العزيز مختار ورياض الحمزاوى: **البحث الإمبيريقى فى الخدمة الاجتماعية**، (القاهرة، مكتبة وهبة، ١٩٨٨).

٧٣- عبد المجيد عبد الرحيم، لطفى بركات أمين: **تربية الطفل المعوق**، (القاهرة، مكتبة النهضة، ١٩٧٩).

٧٤- عبد المطلب القريطى: «دراسة لاتجاهات طلاب الجامعة نحو المعوقين وعلاقتها ببعض المتغيرات»، بحث فى: **المؤتمر الثامن لعلم النفس فى مصر**، (القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية، يونية ١٩٩٢).

٧٥- ————: **سيكولوجية ذوى الاحتياجات الخاصة وتربيتهم**، (القاهرة، دار الفكر العربى، ١٩٩٦).

٧٦- عبد المنعم شوقى: **تنمية المجتمع وتنظيمه**، (القاهرة، مكتبة نهضة الشرق، ١٩٨٠).

٧٧- عبد المنعم هاشم وعدلى سليمان: **الجماعات والتنشئة الاجتماعية**، (القاهرة، مكتبة القاهرة الحديثة، ١٩٧٠).

٧٨- عبد الناصر عوض: «العلاقة بين ممارسة العلاج المعرفى للطلاب غائى الأب وزيادة قدرتهم على الضبط الداخلى»، بحث فى: **المؤتمر العلمى الثامن**، (جامعة حلوان، كلية الخدمة الاجتماعية، ١٩٩٥).

٧٩- عثمان لبيب فراج: **الشخصية والصحة العقلية**، (القاهرة، دار النهضة المصرية، ١٩٧٠).

٨٠- عزت عبد الله كواسة: **مقياس اتجاهات معملى التربية الخاصة نحو الصم**، رسالة ماجستير غير منشورة، (جامعة الأزهر، قسم الصحة النفسية، ١٩٩٢).

٨١- على حسين زيدان: «ممارسة دفاع الحالة فى خدمة الفرد فى العمل مع العملاء المرضى بالمستشفيات»، بحث فى: **المؤتمر العلمى السادس للخدمة الاجتماعية**، (جامعة حلوان، كلية الخدمة الاجتماعية، ١٩٩٢).

٨٢- غريب سيد أحمد: **تصميم وتنفيذ البحث الاجتماعى**، (الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية، ١٩٨٦).

٨٣- غسان عبد الحى أبو فخر: **التربية الخاصة للأطفال المعوقين**، (دمشق، مطبعة الاتحاد، ١٩٩٢).

٨٤- ف. ج كروكشانك: **تربية الموهوب والمتخلف**، ترجمة: يوسف ميخائيل أسعد، (القاهرة، الأنجلو المصرية، ١٩٧١).

٨٥- فاروق صادق، فاروق عبد الفتاح: «دراسة لاتجاه المجتمع السعودى نحو المكفوفين دراسة تربوية»، بحث فى: **مجلة كلية التربية**، (الرياض، عمادة شئون المكتبات، جامعة الملك سعود، ١٩٨٦).

٨٦- فاطمة الحارونى: **خدمة الفرد فى محيط الخدمات الاجتماعية**، (القاهرة: مطبعة السعادة، ١٩٧٤)، ص ٤٤.

٨٧- فاطمة عبد الله: **دور البرامج التدريبية فى رفع مستوى الأداء المهنى للأخصائى الاجتماعية**، رسالة ماجستير غير منشورة، (جامعة القاهرة، كلية الخدمة الاجتماعية، ١٩٩٥).

٨٨- فتحى السيد عبد الرحيم: «دراسة التفاعل الأسرى كأحد الأبعاد الفارقة فى برنامج التقويم السيكولوجى للمعوقين»، بحث فى: **مجلة العلوم الاجتماعية**، جامعة الكويت، العدد الأول أبريل ١٩٨٥.

٨٩- فؤاد أبو حطب: **القدرات العقلية**، (القاهرة، الأنجلو المصرية، ط ٤ ١٩٨٣).

٩٠- كمال إبراهيم مرسى: **التخلف العقلى وأثر الرعاية والتدريب فيه،** (القاهرة، دار النهضة العربية، ١٩٧٠م).

٩١- ــــــــــــــ : **التخلف العقلى وأثر الرعاية والتدريب فيه،** (القاهرة، دار النهضة العربية، ١٩٩٧).

٩٢- لطفى بركات: **الفكر التربوى فى رعاية الطفل الكفيف،** (القاهرة، مكتبة الخانجى، ١٩٧٨).

٩٣- لويس كامل مليكة: **سيكولوجية الجماعات والقيادة،** (الجزء الأول، ١٩٦٣).

٩٤- ليلى شحاتة، زهير ثابت: **العلوم السلوكية فى التنظيم والإدارة،** (القاهرة، مكتبة الشباب).

٩٥- ماهر أبو المعاطى: «دور الأخصائى الاجتماعى فى تحقيق الرعاية المتكاملة للمعوقين فاقدى الأطراف»، بحث فى: **المؤتمر العلمى الثانى،** (جامعة حلوان، كلية الخدمة الاجتماعية، ديسمبر ١٩٨٨).

٩٦- ماهر أبو المعاطى: «برنامج تدريبى مقترح لتنمية المهارات المهنية للأخصائى الاجتماعى فى المجال المدرسى»، بحث فى: **مجلة الخدمة الاجتماعية،** (القاهرة، المعهد العالى للخدمة الاجتماعية، ١٩٩٥).

٩٧- ماهر أبو المعاطى وآخرون: **المدخل إلى الخدمة الاجتماعية،** (جامعة حلوان، كلية الخدمة الاجتماعية، ١٩٩٦).

٩٨- محمد الجوهرى، وعبد الحميد عبد المحسن: «ديناميات العمل الفريقى فى مجالات ممارسة الخدمة الاجتماعية»، فى: **المؤتمر العلمى الرابع،** (جامعة القاهرة، كلية الخدمة الاجتماعية، ٢٣ - ٢٥ أبريل، ١٩٩١).

٩٩- محمد حمزة أميرخان: «اتجاه طلاب وطالبات معاهد التمريض الثانوية نحو مهنة التمريض فى المملكة العربية السعودية»، بحث فى: **مجلة رسالة الخليج العربى،** (العدد ٢٧، السنة التاسعة، ١٩٨٨).

١٠٠- محمد سيد فهمى، **السلوك الاجتماعى للمعوقين - دراسة فى الخدمة الاجتماعية**، (الإسكندرية، دار الفجر الجامعية، ١٩٩٥).

١٠١- محمد شمس الدين أحمد وآخرون: **العمل مع الجماعات، أسس وتطبيقات**، (جامعة حلوان، كلية الخدمة الاجتماعية، ١٩٩٥).

١٠٢- محمد عبد الحى نوح: المهارات فى تنظيم المجتمع وطرق اكتسابها، فى: **المؤتمر الدولى التاسع للإحصاء والحسابات العلمية والسكانية**، (القاهرة، جامعة عين شمس، ١٩٨٤).

١٠٣- محمد عبد الظاهر الطيب: **أثر الإقامة الداخلية على التوافق الشخصى والاجتماعى للطفل الكفيف من الجنسين**، (القاهرة، منشورات المركز النموذجى لرعاية وتوجيه المكفوفين، ١٩٧٩).

١٠٤- محمد عبد الفتاح: **أساليب تحديد الاحتياجات التدريبية**، (المجلة العربية للإدارة، المجلد السابع، العدد الأول، ١٩٨٣).

١٠٥- محمد عبد المنعم نور: **الخدمة الاجتماعية الطبية والتأهيل**، (القاهرة، دار المعرفة، ط٢، ١٩٨٥).

١٠٦- ———————: **الخدمة الاجتماعية الطبية والتأهيل**، (القاهرة، دار المعرفة، ١٩٨٧).

١٠٧- محمد عبد المؤمن حسين: **سيكولوجية غير العاديين وتربيتهم** (الإسكندرية، دار الفكر العربى، ١٩٨٦).

١٠٨- محمد عماد الدين إسماعيل وآخرون: **كيف نربى أطفالنا، التنشئة المصرية للطفل فى الأسرة العربية**، (القاهرة، دار النهضة العربية، ١٩٧٤).

١٠٩ - محمد نجيب توفيق: **الخدمة الاجتماعية مع الفئات الخاصة**، (جامعة حلوان، كلية الخدمة الاجتماعية، ١٩٩٠).

١١٠- مختار حمزة: **سيكولوجية ذوى العاهات**، (القاهرة دار المعارف، ١٩٥٦).

١١١- مدحت فؤاد فتوح: **التدخل المهنى لطريقة تنظيم المجتمع بتطبيق نموذج العمل الاجتماعى مع المسنين**، رسالة دكتوراه غير منشورة، (جامعة حلوان، كلية الخدمة الاجتماعية، ١٩٨٦).

١١٢- مديحة مصطفى: «المداخل المعاصرة للخدمة الاجتماعية فى الدول النامية لتأهيل المعاقين»، بحث فى: **المؤتمر العلمى الأول**، (جامعة حلوان، كلية الخدمة الاجتماعية، ١٩٨٧).

١١٣- مديحة مصطفى: «دور الأخصائى الاجتماعى فى تنمية العمل الفريقى»، فى **المؤتمر العلمى التاسع للخدمة الاجتماعية**، (جامعة حلوان، كلية الخدمة الاجتماعية، ١٩٩٦).

١١٤- ــــــــــــ: «المدخل المعاصر للخدمة الاجتماعية فى الدول النامية لتأهيل المعاقين»، بحث فى: **المؤتمر العلمى الأول**، (جامعة حلوان، كلية الخدمة الاجتماعية، ١٩٩٧).

١١٥- ــــــــــــ: **الخدمة الاجتماعية مع الفئات الخاصة**، (جامعة حلوان، كلية الخدمة الإجتماعية، ١٩٩٧).

١١٦- مريم إبراهيم حنا وآخرون: **رعاية الفئات الخاصة من منظور الخدمة الاجتماعية**، (القاهرة، بل برنت للطباعة، ١٩٩٧).

١١٧- مصطفى فهمى: **حلقة تربية الموهودين والمعوقين فى البلاد العربية**، (القاهرة، جامعة الدول العربية، الإدارة الثقافية، ١٩٦٩).

١١٨- ــــــــــــ: **أمراض الكلام**، (القاهرة، مكتبة مصر، ١٩٧٥).

١١٩- مصطفى محمد الحسينى: **العلاقة بين ممارسة سيكولوچية الذات والتوافق النفسى والاجتماعى للأطفال الصم وضعاف السمع**، رسالة دكتوراه غير منشورة، (جامعة القاهرة، فرع الفيوم، كلية الخدمة الاجتماعية).

١٢٠- مـلاك أحمـد الرشيـدى: «المدخلات والمخـرجات فى مـراكز التـثقـيف الفكرى»، فى: **المؤتمر العلمى الثـانى لكلية الخـدمة الاجتـماعـية،** (جامعة حلوان، كلية الخدمة الاجتماعية، ١٠ - ١١ ديسمبر، ١٩٨٨).

١٢١- ملاك جرجس: **مشاكل الصحة النـفسية للأطفال،** (القاهرة، الدار العربية للكتاب، ١٩٨٥).

١٢٢- منى عبـد الموجود: **فعـاليـة نموذج التركـيز على المهـام فى علاج مـشكلة التأخر الدراسى،** رسالة دكتوراه غير منشورة، (جامعة حلوان، كلية الخدمة الاجتماعية، ١٩٩٤).

١٢٣- نبيـل الحسينى الـنجار: **إدارة الأفراد،** (القـاهرة، مكتبـة عين شـمس، ١٩٩٣).

١٢٤- نبـيل محـمد صـادق: «دراسة حـول المتـغيـرات المؤشرات على ممارسـة الأخصائى الاجتماعى لدوره فى التنمـية المحلية الريفية»، بحث فى: **المؤتمر العلمى الثانى،** (جامعة حلوان، كلية الخدمة الاجتماعية، ١٩٨٨).

١٢٥- نصر خليل عمران: **دور نقابة المهن الاجـتماعـية فى مواجـهة المشكلات المهنيـة للأخصائـى الاجتمـاعى المدرسى،** رسالة مـاجستيـر غيـر منشورة، (جامعة حلوان، كلية الخدمة الاجتماعية، ١٩٨٠).

١٢٦- نصيف فهمى منقـريوس: «مقياس مهارات الممارسـة المهنية لطريقة العمل مع الجماعات»، فى: **المؤتمر العلمى الخامس للخدمة الاجـتماعية،** (جامعة حلوان، كلية الخدمة الاجتماعية، ١٩٩١).

١٢٧- نصيف فهـمى منقريوس وآخرون: **عمليات التـدخل المهنى فى العمل مع الجماعات،** (جامعة حلوان، كلية الخدمة الاجتماعية، ١٩٩٦).

١٢٨- نظيمة أحمد سـرحان: دراسة تقويمية لفعالية الرعـاية المؤسسية للمسنين، بحث فى: **المؤتمر القومى لتعليم طب المسنين،** (جامعة عـين شمس، كلية الطب، ١٩٩٣).

١٢٩- نظيمه أحمد سرحان: «العلاقة بين الإعداد المهنى واتجاهات طلاب الخدمة الاجتماعية نحو المعاقين»، فى: **المؤتمر العلمى الثامن**، (جامعة حلوان، كلية الخدمة الاجتماعية، ١٩٩٥).

١٣٠- نظيمة أحمد سرحان: النمو المهنى المستمر للأخصائى الاجتماعى، بحث فى: **المؤتمر القومى السنوى الثانى لمركز تطوير التعليم الجامعى**، (جامعة عين شمس، مركز تطوير التعليم الجامعى، ٣١/ ١٠ - ٢١ /١١/ ١٩٩٥).

١٣١- نظيمة أحمد سرحان وآخرون: **الخدمة الاجتماعية مع الفئات الخاصة**، (جامعة حلوان، كلية الخدمة الإجتماعية، ١٩٩٨).

١٣٢- نظيمة أحمد سرحان: «الاتجاهات الحديثة فى رعاية المعاقين منظور الخدمة الاجتماعية» فى: **الدورة التدريبية للأخصائيين الاجتماعيين العاملين فى مجال رعاية المعاقين**، (القاهرة، المجلس القومى للطفولة والأمومة، ١٩٩٨).

١٣٣- نظيمة أحمد سرحان: **الخدمة الاجتماعية المعاصرة**، (القاهرة، مجموعة النيل العربية، ٢٠٠٦).

١٣٤- نوال المسيرى: **المعوقات التى تواجه مراكز تدريب التثقيف الفكرى لرعاية الطفولة المتخلفة عقلياً، «دراسة وصفية مقارنة لمراكز التثقيف الفكرى»**، رسالة دكتوراه، غير منشورة، (جامعة حلوان، كلية الخدمة الاجتماعية، ١٩٨٤).

١٣٥- هدى عبد الفتاح: «دور المرأة فى تنمية المجتمع بين الرفض والتأييد»، بحث فى: **المؤتمر العلمى الثانى**، (جامعة حلوان، كلية الخدمة الاجتماعية، ١٩٨٨).

١٣٦- هنرى. ب: **حياة المكفوفين**، ترجمة: جمال بدران وطلعت عوض أباظة، (القاهرة، النهضة العربية، ١٩٦٤).

١٣٧- وزارة الشئون الاجتماعية: **(الإدارة العامة للتأهيل الإجتماعى للمعاقين،** القاهرة، وزارة الشئون الاجتماعية، ١٩٨٩).

١٣٨- وفاء محمد فضلى: فعالية العلاج المعرفى فى تعديل الأفكار الخاطئة، بحث فى: **مجلة علوم وفنون،** (جامعة حلوان، مجلة علوم وفنون، المجلد السابع، العدد الأول، ١٩٩٥).

١٣٩- يحيى درويش: المعوقون: إحصائيات. تصنيفهم ونظرة عامة، بحث فى: **مؤتمردور الأسرة والمجتمع فى رعاية المعوقين،** (القاهرة، جامعة الشعوب الإسلامية، ٢٢ - ٢٤ ديسمبر ١٩٨٢).

١٤٠- يوسف القريونى: «اعتبارات عامة للخطط القومية والوطنية لإعداد العاملين للعمل مع المعوقين» بحث فى: **مجلة جامعة الملك سعود،** العلوم التربوية، (الرياض جامعة الملك وسعود ١٩٩١).

المراجع الأجنبية:

1- Alexander, W.J.,: An analysis of selected schools in northeeasron», ohio, **Diss abst inter,** (vol . 42, N.7A, 1981).

2- Allen R., Earl B.,; **Research methods for social work,** (california, wadsworth, publishing co, 1989).

3- Baker, B.J.,: **Introduction to Exceptional children,** (New York., 1953).

4- Baker, B.,: **Introductin to Exceptional children,** (N.Y., 1993) .

5- Bandler A.,: **Dynamic of Teaching learning process,** (N.Y., Jornal of social work education, vol..22. NO. 1,. 1986).

6- Baruker .B.J.,: **Introduction to Exceptianal children,** (New york, 1985).

7- Bauman M.k., ; **Adjustment to Blindness reviewed spring field,** (N.Y., Thomas Grow Hill co. 1966).

8- Beulah R & Burt G.,: The **social work Process** (wadswarth publishing company Belmont california inc, 1989).

9- Carthuright D.& Zauder A.,: **Group Dynamics, search and theory,** (N.Y., Harper and Row inc,. 3nd edition, 1968).

10- Chapman M.,: **Acomparative study of Effects of title III Inservice teachers teaining of teacher personality, Attitudes, and knowledge of Exceptional,** unpublished Doctoral, ertation, (Texas, diss ertation Woman's , 1974).

11- Chapman. M.E.,: A Comprative study of Effects litle In.,: **service teacher training of teacher personality, Attiude and knowledge of Exceptional Unpublished Doetiral** , (Diss ertation Texas woman's Univ, 1975).

12- Charles Z.,: **the practice of social work,** (M.S., the dorsey press, 1981).

13- cheung k., kanba E.,: **Training south east assian refugees as social workers,** (N.Y., social development isseus Journal, Vol. 14, 1992).

14- compton, R.E., and Galaway, B.,: **Social work process,**. (N.Y., Dorthey press., 1979.).

15- Darthears F.,: **How to raise Blind child west christoffel First Education,** (N.Y., macmillan company, 1979).

16- David A. Kbd. (Eds): **organization psychology's,** A Book of Rea17- Deutsh M R.abetm.,: **Theories in social psychology basic Books,** (N.Y, Library of congress Inc, sixtenth Edition, 1963).dings. (N.J., prentic Hall Inc., Engelwood, cliffs, 1979).

17- Deutsh M.,Ralbetm.,: **Theories in social psychology basic Books,** (N.Y, Library of congress Inc, sixtenth Edition, 1963).

18- donald R.,: **contemprary social work an introduction to social welfare,** (N.Y., Mc Grow Hill, 1985).

19- Doreen, lindsay, :partner Notes for practice personality Development in deaf children, in: **social work Journal of the national Association of social workers,** (N.Y.,V. 23. N.1., vol. 23 Janruary, 1977).

20- Dorfman E.A.,Lulben j.E.,; **screening for Depression among awell Elderly Population,** (social work, 40, 3 may, 1995).

21-Edimund V.,et al.,: **Social work Research and social Asummary** prespective ,(N.Y., Prentic Hall inc, 1975).

22- Eduard M.,& Jhon S.,: **social problems parsistant challenges**, (N.Y., Holt, Rinehart. inc, 1985).

23- **Encylopedia of social Work,** National Association of social workes, (N.Y., Vol .11.,1971).

24- **Encyclipidion of social work**, (New york, N.A.S.W., Washington, 18th ed, 1987).

25- **Encyclopedia of social work,** (New york, N.A.S.W., 19th ed, washington, 1995).

26 - Fenton T.,; The effect of Inservice Training on Elementary classrom teachers, Attiudes toward knowledge about handicapped children, **Diss Abst Inter**, (vol, 35., No. 9 - 10,. 1975).

27- frederick, Eds.,: **The structure of social systems**, (N.y., 1957).

28- Fracis G.,; **Reading in Evaluating Research**, (N.Y., Rusell sage Foundation, second Edition, 1977).

29- francis J.T., et al.,: **social work treatment**, (N.Y, macmillan press, 1986).

30- Galtivny. J,: **Theory and methodes of social Research,** (London, George Allen, 1967).

31- Hambleteon S. et al,: Rehability of citerin Referenced Tests: Adecision Theoretic formation, In; **Iournal of Education, Measurment**, (Journal of Educ,. Vol. 11. no. 4., 1974).

32- Henrey pratt fairchild, **Dicionary of sociology and Related sciences** (N.J. Otawa. Little piela Adam, company. 1975).

33- Iames G.,: **The nature of living systems, behavioral science**, (N. Y,. jhon wiley & sons Inc,. 1979).

34- jane R.M.,: The attitudes of regular elementary education teachers toward mainstreaming handicapped student's , **Diss Abst inter**, (vol. 5o, N. 10. A. 1989).

35- Jerome H.Rothstein: **Mental Retardation** ,(N.Y, Holt Rinehart and winston, 1961).

36- john B & et al.,: **social problems issues, opinions and solution**, (N.Y.,mc Grow Hill Book company, 1990).

37- johnson I.S.,: **social welfarw. Aresponse to Human Need**, (Boston: Allyn & Bacon company inc., 1991).

38- joseph C.,: **people communication and organization** (london, pergman press, 1984).

39- kay s, Alyin L.,: **Social work practice, Bridges to change** (Boston, Allyen and Bacon inc,. 1994). 1984).

40- loewenberg F.M.,: **Fundamentals of social interventein**, (N.Y., Columbia university press, 1983).41- lowrence S.,: **The skill of helping individuals and group**, (N.Y., pecock publishers, second Edition, 1984).

41- lowrence S.,: **The skill of helping individuals and group**, (N.Y., pecock publishers, second Edition, 1984).

42- luciane L. A & Michael A.M.,: **social skills Training and research,** (N.Y., Wiley interscicnce publication, 1985).

43- Malcom k.,: **self directed learning, A Guid for learners and teaches,** (chicago, follett, 1975).

44- mani M.,: **Techiques of teaching Blind children**, (N.Y., Sterling publishers private limted, 1992).

45- Martin S.et al.,: **Indevidual change through small groups, (N.Y., macmillan press**, second editon, 1985).

46- mary A.S., & carsyn C.W.,: **The social work Ecperience An introduction to the profession**,, (N.Y., Mcmillan inc., 1991).

47- mary k., Bauman: **Adjustment to blindness Reviewed**, (spring field, c.c thomas, 1966).

48- mary M, jean Q, et al.,: **social work in introducton** (the united state of America Inc., 1991).

49-Michael A.,: **social skill and work**, (London, Methuen, 1981).

50- Michel J.,: **program Evaluation In The human Services**, (N.Y., Springer Company, 1990) p.15.

51- milton G., et al.,;: **Introduction to social work**, (N.J., Englewood cliffs, prentice hall Inc., 1994).

52- Minuchin, S.,: **Families and family Thearapy**, (M.S.Hward, university press, 1976).

53- moham O.M.,: **The general method of social work practice**, (U.S.A., prentic Hallinc,1990).

54- molan, O.M,: **the General method of social work practice,** (U.S.A., prentic Hall inc., 1990).

55- Morales A. & Sheafor B.,; **Social work proffession of many faces**, (U.S.A, Prentic Hall Inc., 1989).

56- Norris G.,: Astudy of the Attitudes of classroom Teachers Toward Exceptional children, **Diss Abst Inter**, (Vol. 17, N.4., 1957) .

57- Patrice. G.A.,: A Comparision of principal and Teacher attiudes toward handicapped students and the relationship between those attituds ank school moral of handicapped students, **Diss abst inter**, (vol, 40, No. 7, A, 1979).

58- pegycg C.,: **The mentally Retarded Child**, (N.Y, norton co., 1987).

59- Raliff W.B,et al: **social work practices**", (U.S.A., Spring Field Illinas, chaties Thomas, 1989).

60- Ralph K.et al,.: **Readings in community organiziation practice,** (N.J., prentice hall Inc, 1969).

61- Rebert l.G.,: **counsling and Guidance**, (N.Y., macmillan publishing company, 2ed. Ed., 1986).

62- Renolds, B.J., & Frank, M.,: Elementary teacher atteitudes towards mainstreaming educable mentally students, **psycho - Abst inter,** (vol.6, 1982).

63- Richaed M.G.,: **Social work Research and Evaluation**, (M.S.A. Library of congress, 1985).

64- Robert. A.,: **crisis intervention Hand book Assesment Treatment and Research**, (califomia, wadsworth publishing company, 1990).

65- Rodney S., & Ravindra H.,: **Curriculum evaluation for lifilong education**, (oxford, pergman press, 1977).

66- sterns, H.& saundes R.,: **Training and education in the elderly**, (N.Y., unpubished paper, June, 1978)

67- stevens, G.D.,: **Special cducatin for children with Body Disordwns, the proplem and personal** pitt Alrgu, Department of special Education and Rehabilitation, 1986).

68- strean, H.,; **Role Theory,** (N.Y., The free press, 1971) p.413.

69- sue, warlond, skinner,: **family therapy, the treatment of Nature systm**, (london, kegan paul, 1976).

70- suppes A.M., Wells C.C.,: **The social work Experience An introduction to the profession**, (N.Y., Mc Grow Hill inc., 1991).

71- scott A.,: **Rehabilitation**, (U.S.A., John willy & sons Inc, 1967).

72- Thony Tripodi: **Evaluative Research for social workers**, (N.J., prentic hall Inc., 1983).

73- Toseland W.R., : Aring: Direct practie, in: **Encyclopedia of social work**, (new york, N.A.S.W., V.I. 19th ed, 1995).

74- wheeler, R.H., and Hooly, A.m,: **psycho - Education for the Handicapped** (2.ed, Ed. lea febiger, philadelphia, 1976).

75- wilson, Eunic: **parental attitudes, in the blind preschool child** (N.Y., American foundation for blind, 1977).

76- wirlz M.A., The Develorment current thinking about rehabilies for retarded, In: **Amercan journal of mental deficency** , 1990).

77- wirtz marvin A,: The Development Of Curent Thinking about realities for retarded In; **American Journal of mental deficiency**, 1949).

78- **webster's, New International**,. (U.S.A., Encyclopidia Bretanica Inc, 3rd Edition, 1978).

79- zastrow C.,: **the practice of social work**, (N.Y., The Dorsey press, 1982).